

Persönlichkeitsstörungen und Behandlungserfolg bei Patienten mit unipolaren Depressionen

D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des akademischen Grades
doctor rerum naturalium
(Dr. rer. nat.)
im Fach Psychologie

eingereicht an der
Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät II
Humboldt-Universität zu Berlin

von
Dipl.-Psych. Theresa Unger

Präsident der Humboldt-Universität zu Berlin:
Prof. Dr. Jan-Hendrik Olbertz

Dekan der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät II:
Prof. Dr. Elmar Kulke

Gutachter / Gutachterin:

1. Prof. Dr. Thomas Fydrich
2. Prof. Dr. Peter Fiedler
3. PD Dr. Ulrike Buhlmann

eingereicht am 20.10.2011
Tag der mündlichen Prüfung: 26.03.2012

Danksagung

Besonderer Dank gilt meinem Dissertationsbetreuer Prof. Dr. Thomas Fydrich für seine Unterstützung bei der Konzeptualisierung und Durchführung der Studie sowie für seine zahlreichen und wertvollen Denkanstöße und fachlichen Anregungen, die maßgeblich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Herzlich danken möchte ich auch Dr. Sabine Hoffmann und Dr. med. Stephan Köhler für die engagierte Forschungszusammenarbeit und die freundschaftliche Unterstützung.

Ich danke Prof. Dr. Arthur Mackert, ärztlicher Leiter der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, der mit seiner Unterstützung der wissenschaftlichen Arbeit in der Klinik die notwendigen Rahmenbedingungen für diese Arbeit geschaffen hat.

Weiterhin danke ich Dr. Andrea Ertle, Dipl.-Psych. Dominik Ülsmann, Dipl. Psych. Alessa Münch und Dr. med. Thabea Musik für die Ratschläge und Fachdiskussionen sowie für das Korrekturlesen.

Bei meinen Freunden bedanke ich mich sehr für die aufmunternden Worte bei den im Verlauf der Entstehung dieser Arbeit immer mal wieder aufgetretenen „Schaffenskrisen“.

Mein größter Dank geht an meine Eltern Helgard und Rolf Unger für ihre immer währende emotionale und tatkräftige Unterstützung und das Vertrauen in mich.

Sprachregelung

In dieser Dissertation wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit bei Personen- und Berufsbezeichnungen vorwiegend die männliche Wortform verwendet. Selbstverständlich sind in diesen Fällen immer Frauen und Männer gemeint.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	v
Abbildungsverzeichnis	x
Abkürzungsverzeichnis	xii
Zusammenfassung	xiv
Abstract	xv
Einleitung	1
1 Theoretische und empirische Grundlagen.....	3
1.1 Unipolare depressive Störungen.....	3
1.1.1 Merkmale, Klassifikation und Epidemiologie.....	3
1.1.2 Behandlungsansätze.....	3
1.2 Persönlichkeitsstörungen	4
1.2.1 Merkmale, Klassifikation und Epidemiologie.....	4
1.2.2 Diagnostik	5
1.2.3 Behandlungsansätze.....	10
1.3 Der Zusammenhang zwischen depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen.....	11
1.3.1 Theoretische Annahmen zum Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen und Depressionen.....	11
1.3.2 Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen bei depressiv Erkrankten	12
1.3.3 Soziodemographische und störungsrelevante Unterschiede zwischen depressiv erkrankten Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	13
1.3.4 Der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen	13
1.3.4.1 Kurzfristiger Erfolg der Depressionsbehandlung.....	14
1.3.4.2 Längerfristiger Erfolg der Depressionsbehandlung	18
1.3.5 Der Zusammenhang zwischen (maladaptiven) Persönlichkeitsmerkmalen und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen.....	19
1.4 Fazit zum aktuellen Forschungsstand und Ableitung der Hypothesen	21
2 Methode	35
2.1 Design und Durchführung der Studie.....	35
2.1.1 Depressionsbehandlung in den Kliniken im TWW	35
2.1.2 Rekrutierung der Patientenstichprobe sowie Ein- und Ausschlusskriterien	36
2.1.3 Ablauf der Datenerhebung	38
2.1.4 Die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen und Ausprägungen von Persönlichkeitsfaktoren anhand des SKID-II	40
2.1.5 Anwendertrainings	42

2.1.5.1	IDCL für depressive Episoden, GAF und CGI	42
2.1.5.2	SKID-II und HAMD ₁₇	42
2.2	Erhebungsinstrumente	42
2.2.1	Die Internationalen Diagnosen Checklisten für ICD-10 (IDCL)	43
2.2.2	Die Hamilton Depressionsskala (HAMD)	43
2.2.3	Das Beck Depressionsinventar (BDI).....	44
2.2.4	Das Brief Symptom Inventory (BSI)	44
2.2.5	Der Fragebogen zum Gesundheitszustand Short Form 12 (SF12)	45
2.2.6	Das Strukturierte klinische Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II).....	46
2.3	Statistische Auswertungsmethoden	47
2.3.1	Testplanung.....	47
2.3.2	Datenaufbereitung.....	47
2.3.3	Umgang mit Patientenverlust	49
2.3.4	Soziodemographische und störungsrelevante Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	49
2.3.5	Unterschiede im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	49
2.3.6	Einzelfallbezogene Auswertungen	50
2.3.7	Zusammenhang zwischen den Ausprägungsgraden von Persönlichkeitsfaktoren und dem Behandlungserfolg.....	51
2.3.8	Beurteilung der Bedeutsamkeit von Unterschieden und Zusammenhängen	51
3	Ergebnisse	52
3.1	Patientenverlust	52
3.1.1	Patientenverlust während des stationären Aufenthaltes	53
3.1.2	Patientenverlust zum Katamnesezeitpunkt	54
3.2	Beschreibung der Patientenstichprobe	56
3.2.1	Soziodemographische Merkmale	56
3.2.2	Schweregrad der Erkrankung, Komorbidität mit Achse I Störungen und Dauer der stationären Behandlung	57
3.2.3	Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen	58
3.3	Soziodemographische, störungs- und behandlungsbezogene Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.....	59
3.4	Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen mindestens einer Persönlichkeitsstörung und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen	63
3.4.1	Akuter Behandlungserfolg	63
3.4.1.1	Selbstbeurteilung der Depressionsschwere (BDI) und der psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI).....	63
3.4.1.2	Fremdbeurteilung der Depressionsschwere (HAMD ₁₇)	67

3.4.1.3	Selbstbeurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF12).....	69
3.4.1.4	Zusammenfassung.....	75
3.4.2	Längerfristiger Behandlungserfolg	77
3.4.2.1	Selbstbeurteilung der Depressionsschwere (BDI) und der psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI).....	77
3.4.2.2	Fremdbeurteilung der Depressionsschwere (HAMD ₁₇)	81
3.4.2.3	Selbstbeurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF12).....	84
3.4.2.4	Zusammenfassung.....	91
3.5	Die Untersuchung spezifischer Persönlichkeitsstörungen	92
3.5.1	Soziodemographische und störungsrelevante Unterschiede zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.....	93
3.5.2	Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen	96
3.5.2.1	Akuter Behandlungserfolg	96
3.5.2.2	Längerfristiger Behandlungserfolg	105
3.5.2.3	Zusammenfassung.....	115
3.6	Der Zusammenhang zwischen den Ausprägungsgraden von Persönlichkeitsfaktoren und dem Erfolg der Depressionsbehandlung	117
4	Diskussion	121
4.1	Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen und depressiven Erkrankungen	121
4.2	„Komorbidität“ der Persönlichkeitsstörungen untereinander	124
4.3	Soziodemographische und störungsrelevante Unterschiede zwischen depressiv erkrankten Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.....	125
4.4	Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen mindestens einer Persönlichkeitsstörung und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen	130
4.4.1	Kurzfristiger Behandlungserfolg	130
4.4.2	Längerfristiger Behandlungserfolg	134
4.5	Der Zusammenhang spezifischer Persönlichkeitsstörungen mit dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen	137
4.5.1	Cluster B Persönlichkeitsstörungen	138
4.5.2	Cluster C Persönlichkeitsstörungen	140
4.6	Der Zusammenhang zwischen den Ausprägungsgraden von Persönlichkeitsfaktoren und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen.....	144
4.7	Vergleich der prädiktiven Validität des dimensional und des kategorialen Modells der Persönlichkeitsstörungen.....	150

4.8	Exkurs: Der aktuelle Vorschlag für die Sektion „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“ des DSM-5	152
4.9	Repräsentativität der Patientenstichprobe und Generalisierbarkeit der Befunde	157
4.10	Stärken der Studie	158
4.11	Limitationen der Studie	160
4.11.1	Interne Validität	160
4.11.2	Patientenverlust	161
4.11.3	Ein- und Ausschlusskriterien	164
4.11.4	Diagnostik komorbider Achse I Störungen	165
4.11.5	Erhebung der Katamnesedaten	165
4.11.6	Beurteilerbias	167
4.11.7	Reliabilitätsuntersuchungen	168
4.11.8	Statistische Analysen	169
4.12	Fazit zur methodischen Qualität der Studie	170
4.13	Implikationen für Forschung und klinische Praxis	171
4.14	Resümee und Ausblick	177
	Literaturverzeichnis	179
	Anhang A: Voraussetzungsprüfungen I	195
	Anhang B: Voraussetzungsprüfungen II	201
	Anhang C: Tabellen und Abbildungen	203
	Anhang D: Verwendete Inventare	220
	Anhang E: Weitere Materialien	258
	Anhang F: DSM-5-Kriterien für die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	260
	Selbständigkeitserklärung	261

Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1	Zusammenfassung der in Kapitel 1.3.4 und 1.3.5 zitierten Studien zum Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen bzw. maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen	27
Tab. 3.1	Ergebnisse zum Vergleich der Patienten, die an allen drei Messzeitpunkten teilnahmen („Completer“), mit Patienten, die während der stationären Behandlung aus der Erhebung ausgeschlossen wurden („Dropout/attrition_ t ₁ -t ₂ “), hinsichtlich soziodemographischer und störungsrelevanter Merkmale.....	54
Tab. 3.2	Ergebnisse zum Vergleich der Patienten, die an den drei Messzeitpunkten teilnahmen („Completer“), mit Patienten, die nicht in der Katamnese teilnahmen („Katamneseabbruch“), hinsichtlich soziodemographischer und störungsrelevanter Merkmale.....	55
Tab. 3.3	Soziodemographische Charakteristika der Patientenstichprobe	56
Tab. 3.4	Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen	58
Tab. 3.5	Ergebnisse zum Vergleich soziodemographischer Merkmale von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	60
Tab. 3.6	Ergebnisse zum Vergleich störungsbezogener Merkmale von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	61
Tab. 3.7	Ergebnisse zum Vergleich behandlungsbezogener Merkmale von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	61
Tab. 3.8	Ergebnisse zum Vergleich der Symptomveränderung von t ₁ nach t ₂ bzw. der Symptomausprägung zu t ₂ - erfasst anhand des BDI und BSI-GSI - von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	65
Tab. 3.9	Effektstärken <i>d</i> für Messwiederholung für die Veränderung der Werte im BDI und BSI-GSI von t ₁ nach t ₂ (<i>d</i> _{t1-t2}) sowie Effektstärken Cohens <i>d</i> für Unterschiede im BDI und BSI-GSI zu t ₂ zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (<i>d</i> _{t2})	65
Tab. 3.10	Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der Depressivität zu t ₂ erfasst anhand des BDI (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab)	66
Tab. 3.11	Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der psychischen Gesamtbelastung zu t ₂ erfasst anhand des BSI-GSI _{reziprok} (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab).....	67
Tab. 3.12	Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der Depressivität von t ₁ nach t ₂ bzw. der Depressionsausprägung zu t ₂ - erfasst anhand der HAMD ₁₇ - von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	68
Tab. 3.13	Effektstärken <i>d</i> für Messwiederholung für die Veränderung der HAMD ₁₇ -Werte von t ₁ nach t ₂ (<i>d</i> _{t1-t2}) sowie Effektstärken Cohens <i>d</i> für Unterschiede in der HAMD ₁₇ zu t ₂ zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (<i>d</i> _{t2})	69
Tab. 3.14	Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von t ₁ nach t ₂ bzw. der Stärke der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu t ₂ - erfasst anhand PSF12 und KSF12 - von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	71
Tab. 3.15	Effektstärken <i>d</i> für die Veränderung der Werte im KSF12 und PSF12 von t ₁ nach t ₂ (<i>d</i> _{t1-t2}) sowie Effektstärken Cohens <i>d</i> für Unterschiede im PSF12 und KSF12 zu t ₂ zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (<i>d</i> _{t2})	71

Tab. 3.16	Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der psychischen Gesundheit zu t_2 erfasst anhand des PSF12 (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab).....	72
Tab. 3.17	Ergebnisse zum Vergleich der Häufigkeit statistisch bedeutsam gebesserter Patienten von t_1 nach t_2 in den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.....	74
Tab. 3.18	Ergebnisse zum Vergleich der Häufigkeit klinisch bedeutsam gebesserter Patienten von t_1 nach t_2 in den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.....	74
Tab. 3.19	Ergebnisse zum Vergleich der Recoveryraten in der HAMD ₁₇ , im BDI und im BSI-GSI zu t_2 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.....	75
Tab. 3.20	Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der Symptomatik von t_2 nach t_3 bzw. der Symptomstärke zu t_3 - erfasst anhand des BDI und BSI-GSI - von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	78
Tab. 3.21	Effektstärken d für die Veränderung der BDI- und BSI-GSI-Werte von t_2 nach t_3 ($d_{t_2-t_3}$) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede im BDI und BSI-GSI zu t_3 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t_3}).....	79
Tab. 3.22	Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der Depressivität zu t_3 erfasst anhand des BDI _{Wurzel} (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab).....	80
Tab. 3.23	Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der psychischen Gesamtbelastung zu t_3 erfasst anhand des BSI-GSI _{Wurzel} (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab).....	81
Tab. 3.24	Ergebnisse zum Vergleich des Ausmaßes der Veränderung der Depressivität von t_2 nach t_3 sowie der Depressionsausprägung zu t_3 - erfasst anhand der HAMD ₁₇ - von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.....	82
Tab. 3.25	Effektstärken d für die Veränderung der HAMD ₁₇ -Werte von t_2 nach t_3 ($d_{t_2-t_3}$) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede in der HAMD ₁₇ zu t_3 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t_3}).....	83
Tab. 3.26	Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der Depressivität zu t_3 erfasst anhand der HAMD ₁₇ (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab).....	84
Tab. 3.27	Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von t_2 nach t_3 bzw. der Stärke der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu t_3 - erfasst anhand des PSF12 und KSF12 - von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	86
Tab. 3.28	Effektstärken d für die Veränderung im PSF12 und KSF12 von t_2 nach t_3 ($d_{t_2-t_3}$) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede im PSF12 und KSF12 zu t_3 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t_3}).....	86
Tab. 3.29	Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der psychischen Gesundheit zu t_3 erfasst anhand des PSF12 (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab).....	88

Tab. 3.30	Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der körperlichen Gesundheit zu t_3 erfasst anhand des KSF12 (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab).....	89
Tab. 3.31	Ergebnisse zum Vergleich der Recoveryraten in der HAMD ₁₇ , im BDI und im BSI-GSI zu t_3 sowie der Häufigkeit des Auftretens mindestens einer depressiven Episode im ersten Jahr nach Klinikaufenthalt von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	89
Tab. 3.32	Ergebnisse zum Vergleich der Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich soziodemographischer Merkmale.....	94
Tab. 3.33	Ergebnisse zum Vergleich der Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich störungs- und behandlungsrelevanter Merkmale	95
Tab. 3.34	Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der Symptomausprägung von t_1 nach t_2 sowie der Symptomschwere zu t_2 - erfasst anhand des BDI und BSI-GSI - von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen	99
Tab. 3.35	Effektstärken d für die Veränderung der Werte im BDI und BSI-GSI von t_1 nach t_2 (d_{t1-t2}) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede im BDI und im BSI-GSI zu t_2 zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t2})	100
Tab. 3.36	Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der Depressivität von t_1 nach t_2 sowie der Depressionsausprägung zu t_2 - erfasst anhand der HAMD ₁₇ - von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen	101
Tab. 3.37	Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der HAMD ₁₇ -Werte von t_1 nach t_2 (d_{t1-t2}) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede in den HAMD ₁₇ -Werten zu t_2 zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t2}).....	102
Tab. 3.38	Ergebnisse zum Vergleich der Häufigkeit statistisch bedeutsam gebesserter Patienten von t_1 nach t_2 in den Patientengruppen mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen.....	103
Tab. 3.39	Ergebnisse zum Vergleich der Häufigkeit klinisch bedeutsam gebesserter Patienten von t_1 nach t_2 in den Patientengruppen mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen.....	104
Tab. 3.40	Ergebnisse zum Vergleich der Recoveryraten in der HAMD ₁₇ , im BDI und im BSI-GSI zu t_2 von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen	105
Tab. 3.41	Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der Symptomausprägung von t_2 nach t_3 bzw. der Symptomschwere zu t_3 - erfasst anhand des BDI und BSI-GSI - von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen	107
Tab. 3.42	Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der Werte im BDI und BSI-GSI von t_2 nach t_3 (d_{t2-t3}) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede im BDI und BSI-GSI zu t_3 zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t3}).....	108

Tab. 3.43	Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der psychischen Gesamtbelastung zu t_3 erfasst anhand des BSI-GSI _{Wurzel} (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen gab)	109
Tab. 3.44	Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der Depressivität von t_2 nach t_3 bzw. der Depressionsausprägung zu t_3 - erfasst anhand der HAMD ₁₇ - von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen	111
Tab. 3.45	Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der HAMD ₁₇ -Werte von t_2 nach t_3 ($d_{t_2-t_3}$) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede in der HAMD ₁₇ zu t_3 zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t_3}).....	111
Tab. 3.46	Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der Depressivität zu t_3 erfasst anhand der HAMD ₁₇ (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörung gab)	112
Tab. 3.47	Ergebnisse zum Vergleich der Recoveryraten zu t_3 in der HAMD ₁₇ , im BDI und im BSI-GSI von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen	114
Tab. 3.48	Ergebnisse zum Vergleich der Häufigkeit des Vorliegens depressiver Episoden im ersten Jahr nach Klinikaufenthalt von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen	114
Tab. 3.49	Korrelationen zwischen den dimensionalen SKID-II-Scores für die Persönlichkeitsfaktoren nach DSM-IV und den Differenzwerten t_1-t_2 und t_3-t_2 in der HAMD ₁₇ , im BDI und im BSI-GSI.....	120
Tab. 0.1	Ergebnis (Output) der Analyse mit G*Power zur a-priori-Bestimmung der Stichprobengröße bei der Untersuchung von Unterschieden im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	203
Tab. 0.2	Ergebnisse des „missing completely at random“-Tests zur Überprüfung der Zufälligkeit der Verteilung fehlender Werte in den eingesetzten Inventaren zu t_1 , t_2 & t_3	203
Tab. 0.3	Korrelationen (Pearson) zwischen den Inventaren zu t_1 , t_2 und t_3 (in blau sind die Korrelationen zu t_1 , in rot zu t_2 und in grün zu t_3 dargestellt).....	204
Tab. 0.4	Ergebnisse zur Überprüfung der Normalverteilung und der Varianzhomogenität in den eingesetzten Inventaren zu t_1 , t_2 und t_3 in den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	204
Tab. 0.5	Darstellung der in der vorliegenden Studie zur Berechnung des <i>reliable change index</i> verwendeten Test-Retestreliabilitätskoeffizienten (r_{tt})	210
Tab. 0.6	Mittelwerte und Standardabweichungen gesunder Normstichproben für die verwendeten Inventare	210
Tab. 0.7	Ergebnisse zur Überprüfung der Normalverteilung und der Varianzhomogenität in den eingesetzten Verfahren zu t_1 , t_2 und t_3 in den Patientengruppen mit selbstunsicherer/dependenter, zwanghafter bzw. Cluster B Persönlichkeitsstörung sowie der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen	210
Tab. 0.8	Korrelationen zwischen dem Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen und den Werten in der HAMD ₁₇ und im BDI zu Behandlungsbeginn	213
Tab. 0.9	Ergebnisse zum Vergleich der Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Werte im CGI, GAF, DAS und ADS zu t_1 und t_2	213

Tab. 0.10	Ergebnis (Output) der Analyse mit G*Power zur Post-hoc-Berechnung der Teststärke bei der Untersuchung von Unterschieden im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.....	214
Tab. 0.11	Korrelationen zwischen dem Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen der Persönlichkeitsstörungen und dem dazugehörigen dimensional SKID-II-Score (Ausprägungsgrad des Persönlichkeitsfaktors).....	216
Tab. 0.12	Häufigkeiten des gemeinsamen Auftretens von Persönlichkeitsstörungen („innere Komorbidität“) bei 168 Patienten	217
Tab. 0.13	Korrelationen zwischen den dimensional SKID-II-Scores (Ausprägungen auf den Persönlichkeitsfaktoren) sowie zwischen dem Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen der jeweiligen Persönlichkeitsstörung und den Differenzwerten t_1-t_2 und t_3-t_2 in der HAMD ₁₇ , im BDI und im BSI-GSI sowie die Ergebnisse des statistischen Vergleichs dieser Korrelationen	218
Tab. 0.14	Vergleich der Behandlungszufriedenheit von Patienten, die an der Katamnese teilnahmen („Completer“), und Patienten, die nicht für die Teilnahme an der Katamnese gewonnen werden konnten („Katamnese-Dropout“), anhand des ZUF.....	219

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1	Ablauf der Datenerhebung	40
Abb. 2.2	Beispiel eines SKID-II-Auswertungsbogens für einen Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung und dimensional Werten für die Persönlichkeitsfaktoren „Zwanghaftigkeit“ und „Borderline“	41
Abb. 3.1	Patientenverlust über den Untersuchungszeitraum	53
Abb. 3.2	Mittelwerte im BDI zu t_1 und t_2 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.....	64
Abb. 3.3	Mittelwerte im BSI-GSI zu t_1 und t_2 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.....	64
Abb. 3.4	Mittelwerte in der HAMD ₁₇ zu t_1 und t_2 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	69
Abb. 3.5	Mittelwerte im PSF12 zu t_1 und t_2 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	70
Abb. 3.6	Mittelwerte im KSF12 zu t_1 und t_2 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.....	70
Abb. 3.7	Effektstärken d für Messwiederholung für die Symptomabnahme von t_1 nach t_2 bei Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	73
Abb. 3.8	Mittelwerte im BDI zu t_2 und t_3 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.....	79
Abb. 3.9	Mittelwerte im BSI-GSI zu t_2 und t_3 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.....	79
Abb. 3.10	Mittelwerte in der HAMD ₁₇ zu t_2 und t_3 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	83
Abb. 3.11	Mittelwerte im PSF12 zu t_2 und t_3 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	87
Abb. 3.12	Mittelwerte im KSF12 zu t_2 und t_3 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen	87
Abb. 3.13	Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der Symptomatik von t_2 nach t_3 bei Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.....	90
Abb. 3.14	Mittelwerte im BSI-GSI zu t_1 und t_2 für Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen	98
Abb. 3.15	Mittelwerte im BDI zu t_1 und t_2 für Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen	98
Abb. 3.16	Mittelwerte in der HAMD ₁₇ zu t_1 und t_2 für Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen	102
Abb. 3.17	Effektstärken d für Messwiederholung für die Symptomabnahme von t_1 nach t_2 bei Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.....	103
Abb. 3.18	Mittelwerte im BDI zu t_2 und t_3 für Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen	108
Abb. 3.19	Mittelwerte im BSI-GSI zu t_2 und t_3 für Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen	108
Abb. 3.20	Mittelwerte in der HAMD ₁₇ zu t_2 und t_3 für Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen	110
Abb. 3.21	Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der Symptomausprägung von t_2 nach t_3 bei Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen und Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen.....	113

Abb. 0.1	Verteilung der z-standardisierten Residuen im BDI zu t_2	206
Abb. 0.2	Verteilung der z-standardisierten Residuen im BDI zu t_2 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten im BDI zu t_2	206
Abb. 0.3	Verteilung der z-standardisierten Residuen im BSI-GSI _{reziprok} zu t_2	206
Abb. 0.4	Verteilung der z-standardisierten Residuen im BSI-GSI _{reziprok} zu t_2 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten im BSI-GSI _{reziprok} zu t_2	206
Abb. 0.5	Verteilung der z-standardisierten Residuen im PSF12 zu t_2	207
Abb. 0.6	Verteilung der z-standardisierten Residuen im PSF12 zu t_2 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten im PSF12 zu t_2	207
Abb. 0.7	Verteilung der z-standardisierten Residuen im BDI _{Wurzel} zu t_3	207
Abb. 0.8	Verteilung der z-standardisierten Residuen im BDI _{Wurzel} zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten im BDI _{Wurzel} zu t_3	207
Abb. 0.9	Verteilung der z-standardisierten Residuen im BSI-GSI _{Wurzel} zu t_3	208
Abb. 0.10	Verteilung der z-standardisierten Residuen im BSI-GSI _{Wurzel} zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten im BSI-GSI _{Wurzel} zu t_3	208
Abb. 0.11	Verteilung der z-standardisierten Residuen in der HAMD ₁₇ zu t_3	208
Abb. 0.12	Verteilung der z-standardisierten Residuen in der HAMD ₁₇ zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten in der HAMD ₁₇ zu t_3	208
Abb. 0.13	Verteilung der z-standardisierten Residuen im PSF12 zu t_3	209
Abb. 0.14	Verteilung der z-standardisierten Residuen im PSF12 zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten im PSF12 zu t_3	209
Abb. 0.15	Verteilung der z-standardisierten Residuen im KSF12 zu t_3	209
Abb. 0.16	Verteilung der z-standardisierten Residuen im KSF12 zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten im KSF12 zu t_3	209
Abb. 0.17	Verteilung der z-standardisierten Residuen im BSI-GSI _{Wurzel} zu t_3	212
Abb. 0.18	Verteilung der z-standardisierten Residuen im BSI-GSI _{Wurzel} zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten im BSI-GSI _{Wurzel} zu t_3	212
Abb. 0.19	Verteilung der z-standardisierten Residuen in der HAMD ₁₇ zu t_3	212
Abb. 0.20	Verteilung der z-standardisierten Residuen in der HAMD ₁₇ zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten in der HAMD ₁₇ zu t_3	212
Abb. 0.21	Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „vermeidend-selbstunsicher“	214
Abb. 0.22	Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „dependent“	214
Abb. 0.23	Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „zwanghaft“	215
Abb. 0.24	Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „depressiv“	215
Abb. 0.25	Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „negativistisch“ ..	215
Abb. 0.26	Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „schizoid“	215
Abb. 0.27	Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „paranoid“	215
Abb. 0.28	Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „Borderline“	215
Abb. 0.29	Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „narzisstisch“	216

Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	Varianzanalyse (analysis of variance)
ADS	Allgemeine Depressionsskala
APA	American Psychiatric Association
BDI	Beck Depressionsinventar
BDI_{Wurzel}	Wurzel-transformierter Wert im Beck Depressionsinventar
BSI	Brief Symptom Inventory
BSI-GSI	Global Severity Index des Brief Symptom Inventory
BSI-GSI_{reziprok}	reziprok-transformierter Wert im Global Severity Index des Brief Symptom Inventory
BSI-GSI_{Wurzel}	Wurzel-transformierter Wert im Global Severity Index des Brief Symptom Inventory
CBASP	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
CIPS	Collegium Internationale Psychiatricae Salarum
CGI	Skala zur Erfassung des Schweregrades der Erkrankung (Clinical Global Impression Scale)
<i>d</i>	Effektstärke Cohens <i>d</i> bzw. Effektstärke <i>d</i> für Messwiederholung (jeweils gekennzeichnet)
DAS	Skala dysfunktionaler Einstellungen (Dysfunctional Attitude Scale)
<i>df</i>	Freiheitsgrade
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DSM-IV	4. Version des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen
DSM-5	5. Version des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen
ES	Effektstärke
GAF	Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning Scale)
HAMD	Hamilton Depressionsskala
HAMD₁₇	17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala
ICD-10	10. Version der Internationalen Klassifikation der Krankheiten
ICD-10 (F)	10. Version der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F)
IDCL	Internationale Diagnosen Checklisten
IPDE	International Personality Disorder Examination
KSF12	Skala <i>Körperliche Gesundheit</i> des Gesundheitsfragebogens Short Form 12
KVT	Kognitive Verhaltenstherapie
<i>M</i>	Mittelwert
MANOVA	multivariate Varianzanalyse (multivariate analysis of variance)
MCAR-Test	Missing-completely-at-random-Test
<i>Mdn</i>	Median
<i>N</i>	Anzahl der Patienten in der Gesamtstichprobe

n	Anzahl der Patienten einer Teilstichprobe
PS	Persönlichkeitsstörung(en)
PSF12	Skala <i>Psychische Gesundheit</i> des Gesundheitsfragebogens Short Form 12
R^2	Effektstärke R^2
RCI	reliable change index
RCT	randomized controlled trial
r_{tt}	Test-Retestreliabilitätskoeffizient
SD	Standardabweichung
selbstunsichere/ dependente PS	vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente Persönlichkeitsstörung
SF12	Gesundheitsfragebogen Short Form 12
SKID-II	Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen
SSRI	Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer
t_1	1. Messzeitpunkt (zu Beginn der stationären Behandlung)
t_2	2. Messzeitpunkt (nach Abschluss der stationären Behandlung)
t_3	3. Messzeitpunkt (ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt)
TWW	Theodor-Wenzel-Werk
VT	Verhaltenstherapie
α_{korr}	korrigiertes alpha-Fehlerniveau aufgrund multipler Vergleiche
η^2	Effektstärke η^2
κ	kappa-Koeffizient
φ	Effektstärke phi

Zusammenfassung

Hintergrund & Fragestellung: Im klinischen Alltag ist die Annahme weit verbreitet, depressiv erkrankte Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (PS) seien schwerer behandelbar als Patienten ohne PS (Saulsman, Coall & Nathan, 2006). Die empirische Befundlage hierzu ist jedoch heterogen (Carter et al., 2011). Daher wurde in dieser Studie der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von PS und dem Behandlungserfolg bei Depressionen untersucht.

Stichprobe & Methode: 168 Patienten mit unipolaren Depressionen (41 % mit PS nach SKID-II) wurden vor und nach einer stationären Depressionsbehandlung sowie erneut ein Jahr später untersucht. Zur Erfassung der Depressivität wurden die Hamilton Depressionskala (HAMD) und das Beck Depressionsinventar (BDI) eingesetzt. Die psychische Gesamtbelastung wurde anhand des Brief Symptom Inventory (BSI) und die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem Gesundheitsfragebogen Short Form 12 (SF12) erfasst.

Ergebnisse: Sowohl Patienten ohne PS als auch Patienten mit mindestens einer PS zeigten vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt eine signifikante Symptomreduktion (HAMD, BDI, BSI, SF12). Vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt wiesen Patienten mit PS - im Gegensatz zu Patienten ohne PS - eine leichte Symptomzunahme (HAMD, BDI, BSI, SF12) auf. Weiterhin erfüllten sie im ersten poststationären Jahr häufiger die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne PS. Auch Patienten mit ausschließlich zwanghafter, vermeidend-selbstunsicherer und/oder dependenter bzw. Cluster B PS profitierten von der Depressionsbehandlung. Ein Jahr nach dem Klinikaufenthalt zeigten Patienten mit Cluster B PS - im Vergleich zum Entlassungszeitpunkt - eine moderate Symptomzunahme (HAMD, BSI). Für Patienten mit selbstunsicherer/dependenter PS konnte zwar im ersten poststationären Jahr keine Symptomverschlechterung festgestellt werden. Sie wiesen jedoch zum Katamnesezeitpunkt eine stärkere Symptombelastung (HAMD, BSI) auf als Patienten ohne PS, die mit ihrer stärkeren Symptomatik zum Entlassungszeitpunkt in Zusammenhang stand. Patienten mit zwanghafter PS zeigten einen mit Patienten ohne PS vergleichbaren Verlauf ihrer Depressivität (HAMD, BDI) über die drei Messzeitpunkte. Für eine dimensionale Beurteilung der diagnostischen Konzepte des DSM-IV anhand des SKID-II konnten nur wenige konsistente Zusammenhänge mit dem Behandlungserfolg festgestellt werden.

Diskussion: Patienten mit PS profitierten genauso gut von der stationären Depressionsbehandlung wie Patienten ohne PS. Sie wiesen jedoch einen ungünstigeren längerfristigen Behandlungserfolg auf. Vor allem Patienten mit Cluster B PS konnten ihren Behandlungserfolg ein Jahr nach dem Klinikaufenthalt nicht aufrechterhalten und Patienten mit vermeidend-selbstunsicherer und/oder dependenter PS zeigten zum Katamnesezeitpunkt eine stärkere Symptomatik als Patienten ohne PS. Daher sollten für diese Patienten spezifische Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe und eine störungsspezifische Psychotherapie in Betracht gezogen werden. Die Ergebnisse weisen auch darauf hin, dass zur Erfassung des symptomorientierten Behandlungserfolgs bei Patienten mit PS Selbstbeurteilungsinventare weniger geeignet sind als Fremdbeurteilungsinventare, da erstere stärker mit der Erfassung von Merkmalen der PS konfundiert sind. Weiterhin zeigte sich, dass die Ausprägungsgrade von Persönlichkeitsfaktoren erfasst anhand des SKID-II keine stärkere Vorhersagekraft für den Behandlungserfolg haben als die kategorialen PS-Diagnosen. In diesem Zusammenhang wird auch der aktuelle Vorschlag eines hybrid dimensional-kategorialen Ansatzes für die Sektion „Persönlichkeitsstörungen“ des DSM-5 diskutiert.

Abstract

Background: In clinical practice the belief is widely spread that patients with personality disorder (PD) respond less favourably to treatment of depression than patients without PD (Saulsman, Coall & Nathan, 2006). However, the empirical findings are inconclusive (Carter et al., 2011). Therefore, this study examines the relationship of PDs with the short- and longer-term outcome of an inpatient treatment for depression.

Method: 168 inpatients with unipolar depression (41 % with PD according to SCID-II) were assessed at admission, discharge and one-year follow-up using the Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) and the Beck Depression Inventory (BDI) to assess depression severity, the Brief Symptom Inventory (BSI) to measure symptom distress and the health questionnaire Short-Form 12 (SF12) to assess subjective health.

Results: Patients without PD as well as patients with at least one PD showed a significant intake-to-discharge symptom reduction (HRSD, BDI, BSI, SF12). In contrary to patients without PD, patients with PD showed a slight increase in symptom severity (HRSD, BDI, BSI, SF12) at one-year follow-up, compared to discharge. They also had a higher relapse rate in the first post-hospital year, compared to patients without PD. Furthermore, analyses of specific PDs indicate that patients with 'pure' obsessive-compulsive, 'pure' avoidant and/or dependent and 'pure' Cluster B PD benefited from the inpatient treatment of depression. One year after discharge, patients with 'pure' Cluster B PD could not sustain their treatment outcome. They showed a moderate increase in symptom severity (HRSD, BSI) from discharge to follow-up. Patients with 'pure' avoidant and/or dependent PD did not show an increase in symptom severity in the first follow-up year. Nevertheless, they scored higher in HRSD and BSI at follow-up, compared to patients without PD, due to their higher symptom level at discharge. Patients with 'pure' obsessive-compulsive PD showed a short- and longer-term treatment outcome that was largely comparable to that of patients without PD. Moreover, the findings regarding the relationship of treatment outcome with a dimensional representation of DSM-IV PDs were inconsistent.

Discussion: Patients with PD benefited from an inpatient treatment for depression as much as patients without PD. Nevertheless, in the first year follow-up patients with PD showed a slight increase in symptom severity and had a higher relapse rate, compared to patients without PD. Especially patients with 'pure' Cluster B PD could not sustain their treatment outcome and patients with 'pure' avoidant and/or dependent PD had a higher symptom level one year after discharge, compared to patients without PD. Therefore, measures to prevent relapses and disorder-specific psychotherapy for patients with Cluster B PD and patients with avoidant and/or dependent PD should be taken into account. Our results also suggest that expert-ratings of symptom severity are more suitable to assess outcome of treatment for depression in patients with PD than self-ratings because of a confounding effect of personality pathology on self-report measures of symptom severity. Moreover, our results indicate that a dimensional model of personality pathology that is closely connected to the categorical assessment of PDs does not improve prediction of treatment outcome. In this context, the proposal of a hybrid dimensional-categorical model for the personality disorder section of the DSM-5 is discussed.

Einleitung

Die Überprüfung der Wirksamkeit von Therapieansätzen zur Behandlung psychischer Störungen ist in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus gesundheitspolitischer Aufmerksamkeit gelangt (Fydrich, 2004). Kostenträger fordern vermehrt Wirksamkeitsbelege, um die Kosten für das Gesundheitssystem, die durch die Behandlung psychischer Störungen entstehen, zu rechtfertigen. Außerdem sind auch Patienten an fundierten Informationen über die Effizienz ihrer Behandlung interessiert (Hiller, Bleichardt & Schindler, 2009). Für das Gesundheitssystem stellen vor allem depressive Störungen eine ernstzunehmende Herausforderung dar (Kessler et al., 1994). Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, 2009) zählen Depressionen zu den Störungen, die neben Atemwegserkrankungen, perinatalen Komplikationen und dem Humanen Immundefizienz Virus (HIV) weltweit zu den stärksten gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.

Vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Bedeutung depressiver Erkrankungen wurde in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk (TWW) in Berlin eine Untersuchung mit dem Ziel durchgeführt, die Wirksamkeit der klinikinternen Depressionsbehandlung zu überprüfen. Damit sollte ein Beitrag zur internen Qualitätssicherung geleistet, die klinikinterne Diskussion über die therapeutische Vorgehensweise bei unipolaren Depressionen angeregt und die Depressionsbehandlung im Versorgungsalltag optimiert werden. Im Fokus der Untersuchung stand unter anderem die Frage, welche psychosozialen und klinischen Merkmale den Erfolg der Depressionsbehandlung vorhersagen. In diesem Sinne wurde auch der Zusammenhang des Vorliegens von Persönlichkeitsstörungen mit dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen untersucht. Die Ergebnisse hierzu werden in der vorliegenden Arbeit vorgestellt.

Die Frage, ob das Vorliegen komorbider Persönlichkeitsstörungen mit einem ungünstigeren Erfolg bei der Behandlung depressiver Störungen einhergeht, hat eine lange Forschungstradition (Alnaes & Torgersen, 1997; Mulder, Joyce & Luty, 2003). Die Befundlage hierzu ist jedoch heterogen (Carter et al., 2011; Gorwood et al., 2010). Besonders im klinischen Alltag ist die Annahme weit verbreitet, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weniger von einer Depressionsbehandlung profitieren und häufiger depressive Rückfälle erleiden als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (Ezquiaga, García, Bravo & Palarés, 1998; Reich & Green, 1991; Saulsman et al., 2006). Dass Patientengruppen existieren, die ungünstigere Krankheitsverläufe aufweisen, ist von großer gesundheitspolitischer Bedeutung. Deshalb sollte es Aufgabe der Wissenschaft sein, diese Patientengruppen zu identifizieren und für sie spezifische Behandlungs- und Versorgungskonzepte zu entwickeln, um der Chronifizierung und Rezidivierung der Depression entgegen zu wirken (Klein, Shankman & Rose, 2008; Melartin et al., 2004).

Daher war es Ziel der vorliegenden Arbeit, zu überprüfen, ob bei depressiv erkrankten Patienten, die eine stationäre psychiatrisch-multiprofessionelle Behandlung erhielten, das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen mit einem ungünstigeren symptomorientierten Behandlungserfolg und Krankheitsverlauf in Zusammenhang stand. Weiterhin wurde der Zusammenhang einzelner Persönlichkeitsstörungen sowie einer dimensionalen Erfassung maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale mit dem Behandlungserfolg untersucht.

1 Theoretische und empirische Grundlagen

In diesem Kapitel werden die Krankheitsbilder der unipolaren Depressionen sowie der Persönlichkeitsstörungen skizziert. Weiterhin wird der aktuelle Forschungsstand zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörungen und Depressionen sowie dem kurz- und längerfristigen Behandlungserfolg bei depressiven Störungen dargestellt. Abschließend werden die zu untersuchenden Hypothesen abgeleitet.

1.1 Unipolare depressive Störungen

Im Folgenden werden die Merkmale, die Klassifikation, die Epidemiologie und die Behandlung unipolarer Depressionen beschrieben.

1.1.1 Merkmale, Klassifikation und Epidemiologie

Unipolare depressive Störungen zählen zum Spektrum der affektiven Erkrankungen. Sie umfassen einmalige depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen und die Dysthymie. Unipolare Depressionen gehören mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 20 % zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Bessdo & Wittchen, 2006). Wesentliche Symptome einer depressiven Episode sind eine mindestens zwei Wochen anhaltende deutlich ausgeprägte depressive Stimmung sowie Antriebsminderung und Freudlosigkeit. Über dies hinaus zählen der Verlust des Selbstwertgefühls, ausgeprägte Schuldgefühle, wiederkehrende Suizidgedanken oder suizidales Verhalten, Denk- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen sowie Appetitverlust zu den häufigsten depressiven Symptomen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [DGPPN], 2009b). Für eine intensive Auseinandersetzung mit den Krankheitsbildern und den Störungstheorien sowie mit der Diagnostik depressiver Störungen wird auf die Nationale Versorgungsleitlinie für unipolare Depressionen (S3-Leitlinie; DGPPN, 2009b) sowie auf das Buch „Depression“ von Hautzinger (1998) verwiesen.

1.1.2 Behandlungsansätze

Die psychotherapeutischen, pharmakologischen und psychosozialen Ansätze zur Behandlung unipolarer Depressionen sind vielfältig. Bei der stationären Therapie depressiver Störungen können die pharmakologische und die psychotherapeutische Behandlung, allein oder in Kombination, als die Hauptinterventionen betrachtet werden. Ergänzend können bei gegebener Indikation weitere Behandlungen wie Schlafentzug, Lichttherapie oder Elektrokrampftherapie eingesetzt werden.

Gegenwärtig liegen vier Formen psychotherapeutischer Interventionen vor, die sich auch gegenüber der psychopharmakologischen Behandlung in ihrer Wirksamkeit bei der Behandlung unipolarer Depressionen behaupten konnten: die Kognitive Verhaltenstherapie, das Cognitive Behavioral Analysis System for Psychotherapy (CBASP), die Interpersonelle Psychotherapie und die Psychodynamische Fokalthherapie (DGPPN, 2009b; Hautzinger, 1998). Einen umfassenden Überblick über die Wirksamkeit verschiedener

Ansätze zur Behandlung unipolarer Depressionen sowie über den aktuellen Stand der Therapieforschung geben die Nationale Versorgungsleitlinie für unipolare Depressionen (DGPPN, 2009b) und die Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie affektiver Störungen von deJong-Meyer, Hautzinger, Kühner und Schramm (2007).

1.2 Persönlichkeitsstörungen

Im Folgenden werden die Merkmale, die Klassifikation, die Epidemiologie und die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen beschrieben.

1.2.1 Merkmale, Klassifikation und Epidemiologie

Unsere Persönlichkeit gestattet uns normalerweise eine flexible Anpassung an die Umwelt und sichert unsere Funktionsfähigkeit im Alltag. Personen mit Persönlichkeitsstörungen haben jedoch Schwierigkeiten, angemessen auf Herausforderungen des Lebens zu reagieren, da ihre Persönlichkeit starr und unflexibel ist (Fiedler, 2006). Persönlichkeitsstörungen können als komplexe Störungen des interpersonellen Beziehungserlebens und -verhaltens betrachtet werden. Sie zeichnen sich durch tief verwurzelte, stabile und unflexible Muster des Wahrnehmens, Denkens, Fühlens und Handelns aus. Diese von der Norm abweichenden Erlebens- und Verhaltensmuster führen bei der Person selbst und/oder in ihrem sozialen Umfeld zu Beeinträchtigungen und Leiden (Renneberg & Fydrich, 2003).

Im Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV; Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) werden die Persönlichkeitsstörungen neben den Achse I Störungen auf einer separaten Achse II abgebildet. Außerdem wird im DSM-IV eine Einteilung der Persönlichkeitsstörungen in drei Cluster vorgenommen. Im „sonderbar-exzentrischen“ Cluster A werden die paranoide, die schizoide und die schizotype Persönlichkeitsstörung zusammengefasst. Die histrionische, die narzisstische, die antisoziale und die Borderline Persönlichkeitsstörung werden als „dramatische“ Persönlichkeitsstörungen (Cluster B) bezeichnet. Die Gruppe der „ängstlichen“ Persönlichkeitsstörungen (Cluster C) umfasst die vermeidend-selbstunsichere, die dependente und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Im Anhang des DSM-IV werden über dies hinaus zwei weitere Persönlichkeitsstörungen aufgeführt, für die jedoch noch weitere Forschung nötig ist: die negativistische und die depressive Persönlichkeitsstörung (Saß et al., 2003). Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10 [F]; Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) weicht in einigen Aspekten von der Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV ab. Eine Gegenüberstellung der Unterschiede der beiden Klassifikationssysteme findet sich bei Renneberg und Fydrich (2003). Eine detaillierte Darstellung der Störungsbilder der einzelnen Persönlichkeitsstörungen kann unter anderem in den Büchern „Persönlichkeitsstörungen“ von Fiedler (2007) und „Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen“ von Sachse (2001) nachge-

lesen werden. Eine Darstellung ätiologischer Konzepte von Persönlichkeitsstörungen findet sich unter anderem bei Barnow (2008a) sowie Fiedler und Herpertz (2009).

Bezüglich der Auftretenshäufigkeit von Persönlichkeitsstörungen in der Allgemeinbevölkerung kommen Studien recht übereinstimmend zu Prävalenzen von 5 – 10 % (Fiedler, 2006). Im klinischen Bereich können in Untersuchungen je nach Störungsbereich und Behandlungssetting Prävalenzen zwischen 15 % und 60 % gefunden werden. Persönlichkeitsstörungen treten häufig komorbid mit lang andauernden psychischen Störungen wie affektiven Störungen oder Angststörungen auf. In klinischen Studien überwiegen Persönlichkeitsstörungen aus dem „ängstlichen“ Clusters C (vermeidend-selbstunsichere, dependente, zwanghafte Persönlichkeitsstörung; Renneberg & Fydrich, 2003). Die Annahme, dass Persönlichkeitsstörungsdiagnosen mit einer hohen zeitlichen Stabilität verbunden sind, wird durch neuere Daten aus der Verlaufsforschung in Frage gestellt (Herpertz, 2009). Ergebnisse einer Studie von Gunderson et al. (2000, zitiert nach Barnow, 2008b) weisen zum Beispiel im 1-Jahres-Follow-up auf eine Remissionsrate von 30 % für die Borderline und 40 % für die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung hin. Bezogen auf alle Persönlichkeitsstörungen geben Shea et al. (2002, zitiert nach Herpertz, 2009) eine Zwei-Jahres-Stabilitätsrate von 40 – 60 % an.

1.2.2 Diagnostik

Hinsichtlich der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen können kategoriale und dimensionale Ansätze unterschieden werden.

Kategoriale Diagnostik

Der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen liegt die Annahme zugrunde, dass Persönlichkeitsstörungen qualitativ unterscheidbare klinische Syndrome darstellen (Saß et al., 2003). In den vergangenen fünfzehn Jahren sind erhebliche Anstrengungen unternommen worden, um die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen durch strukturierte Erhebungsinstrumente zu verbessern. Zu den am weitesten verbreiteten Verfahren zur kategorialen Diagnostik gehören nach Renneberg und Fydrich (2003): (1) das Strukturierte klinische Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II; dt. erweiterte Version von Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997), (2) die International Personality Disorder Examination (IPDE; dt. Version von Mombour et al., 1996) und (3) die Internationalen Diagnose Checklisten für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV (IDCL-P; dt. Version von Bronisch, Hiller, Mombour & Zaudig, 1995). Das SKID-II wird in Kapitel 2.2.6 (S. 46) näher beschrieben. Eine Beschreibung der anderen Diagnoseinstrumente kann unter anderem bei Renneberg und Fydrich (2003) nachgelesen werden.

Eine Persönlichkeitsstörung wird entsprechend des Vorgehens nach DSM-IV dann diagnostiziert, wenn eine festgelegte Mindestanzahl von Kriterien für diese Persönlichkeitsstörung erfüllt ist. Die DSM-IV-Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung stellen „ins-

gesamt eine ‚idealtypische‘ Beschreibung der jeweiligen Persönlichkeitsstörung dar“ (Saß, Houben, Herpertz & Steinmeyer, 1996, S. 42). Weiterhin müssen folgende übergreifende Kriterien gegeben sein: (1) Vorliegen andauernder und stabiler Denk-, Gefühls- und Verhaltensmuster, die (2) klinisch bedeutsames Leiden oder psychosoziale Einschränkungen hervorrufen und (3) nicht durch Achse I Störungen oder organische Faktoren erklärbar sind (Saß et al., 2003).

Die Annahme des kategorialen Untersuchungsansatzes, dass Persönlichkeitsstörungen qualitativ unterscheidbare klinische Syndrome darstellen, wird von verschiedenen Autoren kritisiert (u.a. Greenberg, W. Craighead, Evans & L. Craighead, 1995; Livesley, Schroeder, Jackson & Lang, 1994; Mulder, 2002; Widiger & Sanderson, 1994). Sie weisen auf Studienergebnisse hin (u.a. Livesley, Jackson & Schroeder, 1992; Widiger, Sanderson & Warner, 1986; Wiggins & Pincus, 1989, jeweils zitiert nach Livesley et al., 1994), die belegen, dass keine klaren Grenzen sowohl zwischen den Persönlichkeitsstörungen und der Normalpersönlichkeit als auch zwischen den einzelnen Persönlichkeitsstörungen selbst bestehen.

Livesley et al. (1994) kritisieren über dies hinaus, dass die kategoriale Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen auf Cutoff-Werten basiert, die vorwiegend nicht empirisch abgesichert sind. Somit kann in Frage gestellt werden, ob der kategoriale Zugang die Organisation der Persönlichkeitspathologie akkurat widerspiegelt (Mulder, 2002; Ogronczuk, Piper, Joyce & McCallum, 2001). Mulder (2002) weist darauf hin, dass die bestehenden Persönlichkeitsstörungskategorien aus Konsensvereinbarungen, historischen Gegebenheiten und politischen Argumenten abgeleitet wurden. Die individuellen Kriterien sind teilweise schlecht definiert und hängen stark von der Einschätzung des Diagnostikers ab. Fydrich, Schmitz, Dietrich, Heinicke und König (1996), Mulder (2002) sowie Saß et al. (1996) kritisieren weiterhin die häufigen Mehrfachdiagnosen unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen („innere Komorbidität“), die auf die Überschneidung der Kriterien für die einzelnen Persönlichkeitsstörungen zurückgeführt werden können (mangelnde diskriminante Validität; Fydrich, 2008). Daher muss in Frage gestellt werden, ob die bestehenden Persönlichkeitsstörungskonzepte nicht zu heterogen sind, als dass eine klare Abgrenzung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen möglich wäre (Fydrich, Schmitz, Dietrich et al., 1996).

Barnow (2008d) weist weiterhin darauf hin, dass das binäre Klassifikationssystem eine erschwerte Untersuchbarkeit genetischer und psychosozialer Bedingungsfaktoren zur Folge hat. Außerdem bietet das aktuelle Diagnosesystem keine Möglichkeit zur Gewichtung der Kriterien hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit. Dies ist vor allem problematisch, da einige Kriterien eher merkmalsorientiert (*trait-like*, z.B. hohe Impulsivität) und andere eher verhaltensorientiert (*state-like*, z.B. Suizidalität) sind. Über dies hinaus muss entsprechend des DSM-IV eine festgelegte Anzahl der genannten Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfüllt sein. Bei der Borderline Persönlichkeitsstörung sind das zum Beispiel fünf von neun Kriterien, woraus sich 151 mögliche Kriterienkom-

binationen ergeben (Skodol et al., 2002, zitiert nach Barnow, 2008d). Diese diagnostische Unklarheit (mangelhafte Konstruktvalidität) lässt an der Möglichkeit einer validen Diagnostik zweifeln (Barnow, 2008d). Fydrich (2008) weist des Weiteren darauf hin, dass die konvergente Validität, d.h. die diagnostische Übereinstimmung unterschiedlicher Instrumente zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen, unzureichend ist. Die Übereinstimmung (kappa) verschiedener Interviews zur Erfassung unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen liegt zwischen 0.3 – 0.7 (Cloninger, Svrakic & Przybeck, 1993, zitiert nach Barnow et al., 2006). Über dies hinaus kritisiert Fiedler (2007) die stigmatisierende Sprache sowie die Defizitorientierung der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen: „Denn nach Diagnosestellung sitzt vor uns ein Mensch, dessen ureigenste Ressource, nämlich seine Persönlichkeit, gerade qua Diagnose in ein Defizitmodell verwandelt wurde – und damit verbunden seine ihm eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten“ (Fiedler, 2007, S. 8).

Dimensionale Diagnostik

Eine Alternative zum kategorialen Untersuchungsansatz der Persönlichkeitsstörungen stellt die dimensionale Erfassung der Ausprägung adaptiver und nichtadaptiver Persönlichkeitsmerkmale dar. Hierbei werden Persönlichkeitsstörungen als unangepasste und dysfunktionale Extremformen von Persönlichkeitszügen mit fließenden Übergängen sowohl zur Normalpersönlichkeit als auch zueinander aufgefasst (Saß et al., 2003). Bei dimensionalen Untersuchungsansätzen steht daher nicht im Vordergrund, ob und welche Persönlichkeitsstörung eine Person hat. Im Mittelpunkt „steht die Frage nach dem Ausprägungsgrad von Merkmalen, die bei starker Präsenz für die Betroffenen und/oder die Umwelt dysfunktional und Leid bringend sein können“ (Renneberg & Fydrich, 2003, S. 424).

Zum Zeitpunkt der Konzeptualisierung der vorliegenden Studie im Frühjahr 2005 wurde im Zusammenhang mit den ersten Vorbereitungen für die Entwicklung der fünften Version des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-5) in der Fachöffentlichkeit bereits intensiv über die Angemessenheit der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen diskutiert¹. Vor dem Hintergrund dieses Diskurses wurden in den letzten Jahren verschiedene dimensionale Ansätze entwickelt, die in einem Review von Trull, Tragesser, Solhan und Schwartz-Mette (2007) zusammengefasst sind. Hierbei lassen sich im Wesentlichen drei Ansätze unterscheiden:

¹ Die Kritik an der kategorialen Diagnostik beschränkt sich nicht nur auf die Persönlichkeitsstörungen. Im Rahmen der Entwicklung des DSM-5 wird auch für die Achse I Störungen eine Erweiterung der kategorialen Diagnostik um eine dimensionale Perspektive diskutiert (siehe hierzu *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, Volume 6, Issue S1).

Der **erste Ansatz** fasst Modelle zusammen, in denen das bestehende kategoriale Diagnosesystem für Persönlichkeitsstörungen beibehalten wird. Neben der kategorialen Diagnostik wird jedoch zusätzlich das Ausmaß erfasst, indem die Symptome der Persönlichkeitsstörungen vorliegen (*hybrides Modell*; Skodol, Oldham et al., 2005), oder indem die Person einem Persönlichkeitsstörungsprototyp entspricht (*Prototypenansatz*; Westen, Shedler & Bradley, 2006).

Der **zweite Ansatz** basiert darauf, grundlegende Dimensionen zu identifizieren, die den Persönlichkeitsstörungen zugrunde liegen, um die Persönlichkeit und ihre Extremformen auf einer Merkmalebene beschreiben zu können (Nestadt et al., 2006; Livesley, Jang & Vernon, 1998). Livesley et al. (1998) haben zum Beispiel im Rahmen dieses Ansatzes vier Faktoren höherer Ordnung identifiziert, anhand derer die Persönlichkeitsstörungen beschrieben werden können: (1) Emotionale Dysregulation, (2) Antisoziales Verhalten, (3) Gehemmtheit und (4) Zwanghaftigkeit.

Befürworter des **dritten Ansatzes** plädieren für die Verwendung von Persönlichkeitsmodellen, die unabhängig von dem aktuellen Diagnosesystem sind. Hierzu gehört zum Beispiel das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit mit den Dimensionen: (1) Neurotizismus, (2) Extraversion, (3) Gewissenhaftigkeit, (4) Verträglichkeit und (5) Offenheit für Erfahrungen. Das prominenteste Inventar zur Erfassung der fünf Persönlichkeitsdimensionen ist das NEO-FFI bzw. seine Folgeversion das NEO-PI-R von Costa und McCrae (1992). Die Nutzbarkeit dieses Fragebogens für die Erfassung extremer, maladaptiver Formen von Persönlichkeitsmerkmalen ist jedoch begrenzt, da anhand des NEO-PI-R lediglich adaptive Aspekte der Persönlichkeitsdimensionen erfasst werden (Krueger et al., 2011). Aus diesem Grund wurde das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit weiterentwickelt zum Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeitsstörungen, indem die fünf Persönlichkeitsdimensionen um maladaptive Ausprägungen erweitert wurden (Widiger & Mullins-Sweatt, 2009).

Der aktuelle Vorschlag für das DSM-5

Im Februar 2010 wurde von der Arbeitsgruppe „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“ der American Psychiatric Association (APA) für das DSM-5 ein hybrides dimensional-kategoriales Modell für Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen vorgeschlagen (siehe <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/PersonalityDisorders.aspx>). Das Modell wurde letztmalig im Juni 2011 spezifiziert und wird aktuell in Feldstudien getestet und weiterentwickelt. Neben dem dimensional-kategorialen Ansatz beinhaltet der Vorschlag auch eine Reduktion der im DSM-IV gelisteten zehn (+ zwei Forschungsdiagnosen) auf sechs Diagnosen (antisoziale, Borderline, narzisstische, vermeidend-selbstunsichere, zwanghafte und schizotype Persönlichkeitsstörung). Der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik liegen hierbei zwei dimensionale Kriterien zugrunde:

(1) Beurteilung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit

Anhand der *Personality Functioning Scale* wird das funktionelle Niveau der Persönlichkeit (*personality functioning*) einer Person durch den Diagnostiker eingeschätzt. Das Funktionsniveau ist dabei unterteilt in zwei Bereiche: (1) einen auf sich selbst bezogenen Bereich (*self functioning*) und (2) einen interpersonellen Bereich (*interpersonal functioning*). *Self functioning* ist darüber definiert, wie stabil die Identität einer Person ist (*identity*) und inwieweit sie ihre Lebensziele identifizieren und verfolgen kann (*self-direction*). *Interpersonal functioning* ist darüber definiert, inwieweit eine Person fähig ist, die Perspektive anderer einzunehmen (*empathy*) und enge Beziehungen aufzubauen (*intimacy*). Die Person wird auf diesen Dimensionen mittels einer fünfstufigen Skala von *gesundes Funktionieren* bis *extreme Beeinträchtigung* eingeschätzt. Eine mindestens moderate Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit weist auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung hin.

(2) Beurteilung des Persönlichkeitsstörungstyps

In einem zweiten Schritt beurteilt der Diagnostiker anhand der *Personality Trait Rating Form* die Ausprägung der Person auf folgenden Persönlichkeitsdimensionen und den zugehörigen Facetten: (1) *Detachment*, (2) *Antagonism*, (3) *Disinhibition*, (4) *Negative affectivity* und (5) *Psychoticism*². Die sechs Persönlichkeitsstörungen des DSM-5 sind anhand der für sie jeweils relevanten Facetten der fünf Dimensionen beschrieben. Für die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung sind das die Facetten *Rückzug*, *Vermeiden von Intimität* und *Anhedonie* der Persönlichkeitsdimension *Distanziertheit* (*Detachment*) sowie die Facette *Ängstlichkeit* der Persönlichkeitsdimension *Negative Affektivität* (*Negative affectivity*; siehe Kriterien für die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung im Anhang F, S. 260).

Falls die Kriterien für keine der sechs Persönlichkeitsstörungen erfüllt sind, kann auch die Diagnose *Personality disorder trait specified* vergeben werden, wenn die Person moderate Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus der Persönlichkeit aufweist und mindestens für eine Persönlichkeitsdimension moderate Ausprägungen vorliegen (z.B. *Personality disorder trait disinhibition*³). Weiterhin besteht unabhängig von der kategorialen Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen die Möglichkeit, eine Person anhand ihrer Ausprägungen der fünf Persönlichkeitsdimensionen und ihrer Facetten zu beschreiben.

Akzeptanz und Brauchbarkeit

Der Aspekt der Akzeptanz und Brauchbarkeit von Modellen zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen bzw. (maladaptiven) Persönlichkeitsmerkmalen im klinischen All-

² (1) Distanziertheit/Unbezogenheit, (2) Feindseligkeit/Unverträglichkeit, (3) Enthemmung, (4) Negative Affektivität und (5) Psychotizismus (Übers. v. Verf.).

³ Persönlichkeitsstörung mit dem Merkmal Enthemmung (Übers. v. Verf.).

tag ist von besonderer Bedeutung. Ein noch so gut empirisch abgesichertes Modell ist wenig nützlich, wenn es in der Praxis keine Verwendung findet. Es existieren einige Studien, die sich mit der Akzeptanz und Brauchbarkeit verschiedener Modelle zur Erfassung von adaptiven und maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen bzw. Persönlichkeitsstörungen im klinischen Alltag beschäftigt haben. Die Befunde dieser Studien weisen darauf hin, dass Kliniker die Prototypenansätze sowie ein hybrid dimensional-kategoriales Modell, wie es aktuell für das DSM-5 vorgeschlagen wird, gegenüber rein dimensional Modellen der Persönlichkeit bevorzugen (Bernstein et al., 2007; Spitzer, First, Shedler, Westen & Skodol, 2008; Westen et al., 2006).

Wilberg (2006) weist außerdem darauf hin, dass es zwar vor dem Hintergrund der Probleme der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen einfach ist, das bestehende binäre Klassifikationssystem zu kritisieren. Hierbei dürfen jedoch die Vorteile dieses Diagnosesystems nicht übersehen werden. Hierzu gehören: (1) die Wichtigkeit der Vertrautheit mit der aktuellen klinischen Tradition, (2) die Bedeutung, direkt Entscheidungen aus der Diagnose ableiten zu können und (3) die Möglichkeit zur unkomplizierten professionellen Kommunikation klinischer Informationen.

Vor dem Hintergrund der Vorteile eines hybriden dimensional-kategorialen Modells wurde entschieden, auch in der vorliegenden Studie die kategoriale Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen um einen dimensional Ansatz zur Beurteilung maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale zu erweitern. Zum Zeitpunkt der Konzeptualisierung der vorliegenden Studie im Frühjahr 2005 lag jedoch das oben beschriebene dimensional-kategoriale Modell für das DSM-5 noch nicht vor. Daher wurde zum damaligen Zeitpunkt - basierend auf einem Vorschlag von Fydrich, Schmitz, Hennch und Bodem (1996) - ein dimensional-kategorialer Untersuchungsansatz gewählt, bei dem anhand des SKID-II sowohl das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen überprüft als auch eine dimensionale Beurteilung der diagnostischen Konzepte im Sinne von Ausprägungsgraden der Persönlichkeitsfaktoren (statt Persönlichkeitsstörungen) vorgenommen wurde. Das Vorgehensweise wird detailliert in Kapitel 2.1.4 (S. 40) beschrieben.

1.2.3 Behandlungsansätze

Psychotherapeutische Verfahren gelten als Methode der Wahl bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen (DGPPN, 2009a), wobei vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische, interpersonelle und psychodynamische Therapien bedeutsam sind (Fiedler, 2007). Für die Borderline, die antisoziale und die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung liegen störungsspezifische Therapiemanuale vor (DGPPN, 2009a). Bockian (2006) fasst jedoch auch Befunde zusammen, die die Wirksamkeit spezifischer Psychopharmaka bei der symptomorientierten Behandlung einiger Symptomcluster von Persönlichkeitsstörungen wie Impulsivität, affektive Instabilität und Ängstlichkeit belegen und auch die Behandlungsleitlinien für Persönlichkeitsstörungen

(DGPPN, 2009a) geben orientierende Richtlinien für den Einsatz psychopharmakologischer Substanzen bei der Therapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.

Einen ausführlichen Überblick über die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bzw. extremen Persönlichkeitsstilen geben die bereits genannten Behandlungsleitlinien für Persönlichkeitsstörungen (DGPPN, 2009a), die Bücher: (1) „Behandlung von Persönlichkeitsstörungen: Ein schulenübergreifendes Handbuch“ herausgegeben von Merod (2005), (2) „Persönlichkeitsstörungen“ von Fiedler (2007) und (3) „Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung“ herausgegeben von Barnow (2008c) sowie die Arbeit von Fydrich (2001) zum „Motivorientierten Indikations- und Interventionsmodell für die Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen“.

1.3 Der Zusammenhang zwischen depressiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen

Im Folgenden werden theoretische Überlegungen und empirische Befunde zum Zusammenhang von depressiven Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen dargestellt.

1.3.1 Theoretische Annahmen zum Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen und Depressionen

Für den Zusammenhang zwischen Depression und Persönlichkeitsmerkmalen bzw. Persönlichkeitsstörungen wurden in der Vergangenheit verschiedene teils konkurrierende, teils sich ergänzende Modelle entwickelt. Diese werden im Folgenden zusammengefasst und können bei Bockian (2006), Fiedler (2007) sowie Klein, Wonderlich und Shea (1993) detailliert nachgelesen werden.

Im **Unabhängigkeitsmodell** wird davon ausgegangen, dass kein Zusammenhang zwischen depressiven Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen besteht (Bockian, 2006). Diese Heterogenitätshypothese lässt sich für diejenigen Persönlichkeitsstörungen vermuten, die wie zum Beispiel die schizoide Persönlichkeitsstörung selten im Zusammenhang mit Depressionen auftreten (Fiedler, 2007). Shea, Widiger und Klein (1992) weisen jedoch in ihrem Review darauf hin, dass in der überwiegenden Anzahl von Studien die Komorbiditätsraten von unipolaren Depressionen und Persönlichkeitsstörungen über denen liegen, die bei einem zufälligen gemeinsamen Auftreten der beiden Störungsbilder zu erwarten wären.

Das **Gemeinsame-Ursache-Modell** nimmt gemeinsame ätiologische Faktoren für depressive Störungen und Persönlichkeitsstörungen an (Bockian, 2006). Ergebnisse von Rose, Abramson, Hodulik, Halberstadt und Leff (1994, zitiert nach Bockian, 2006) weisen zum Beispiel auf sexuellen Missbrauch als gemeinsamen Risikofaktor für depressive Störungen und die Borderline Persönlichkeitsstörung hin. Eine Variante des Gemeinsame-Ursache-Modells stellt das **Psychobiologische Modell** dar. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass depressiven Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen gemeinsame biologische Mechanismen zugrunde liegen (Bockian, 2006).

O'Connor, McGuire, Reiss, Hetherington und Plomin (1998, zitiert nach Bockian, 2006) konnten zum Beispiel zeigen, dass 45 % der Kovarianz zwischen Depression und antisozialer Persönlichkeitsstörung auf einen gemeinsamen genetischen Faktor zurückgeführt werden können.

Im **Prädispositionsmodell** wird postuliert, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und -störungen einen Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung depressiver Störungen darstellen (Klein et al., 1993). In einer Studie von Daley, Hammen, Davila und Burge (1998) konnte zum Beispiel das Vorliegen von Cluster A und B Persönlichkeitsstörungen als Prädiktor für das Auftreten von Depressionen identifiziert werden. Fiedler (2007) führt über dies hinaus die **Risikohypothese** auf, in deren Mittelpunkt das Konzept des *Typus melancholicus* (nach Tellenbach, 1961) steht. Personen mit diesem Persönlichkeitstyp, der durch Dependenz, Ordentlichkeit und Gewissenhaftigkeit gekennzeichnet ist, scheinen in Krisensituationen und bei schwerwiegenden Lebensereignissen ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung schwerer Depressionen zu haben (Fiedler, 2007).

Das **Spektrummodell** geht davon aus, dass bestimmte Persönlichkeitsstörungen als subklinische Manifestationen depressiver Erkrankungen angesehen werden können (Hirschfeld & Klermann, 1979). Hierbei spielt unter anderem die Frage eine Rolle, ob die Dysthymie als unterschwellige affektive Erkrankung oder als Persönlichkeitsstörung betrachtet werden sollte (Klein et al., 1993; Saß, Steinmeyer, Ebel & Herpertz, 1995).

Im **Komplikationsmodell** wird vermutet, dass die Persönlichkeit durch eine depressive Störung temporär verändert werden kann (Hirschfeld & Klerman, 1979), etwa in Richtung vermehrter Dependenz, ängstlich-vermeidenden Verhaltens oder Negativismus (Fiedler, 2007). Eine Weiterführung dieses Modells stellt das **Scar-Modell** dar. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass depressive Störungen zu einer permanenten Veränderung der Persönlichkeit führen können (Bockian, 2006).

Im **Pathoplastischen Modell** wird betont, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und -störungen nicht nur das klinische Bild und den Verlauf von Depressionen, sondern auch den Behandlungserfolg bei depressiven Erkrankungen beeinflussen können (Shea et al., 1992).

1.3.2 Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen bei depressiv Erkrankten

Persönlichkeitsstörungen treten häufig komorbid mit depressiven Störungen auf. Obwohl die Studienergebnisse stark schwanken, kann davon ausgegangen werden, dass 35 – 65 % der depressiv erkrankten Patienten zusätzlich Persönlichkeitsstörungen aufweisen (Kronmüller & Mundt, 2006). Zum Vergleich: In der Allgemeinbevölkerung beträgt die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen 5 – 10 % (Fiedler, 2006). Persönlichkeitsstörungen aus dem „ängstlichen“ Cluster C sind bei depressiv Erkrankten häufiger als Persönlichkeitsstörungen aus dem „exzentrischen“ Cluster A und dem „dramatischen“ Cluster B (Brieger, Ehrh, Bloemink & Maneros, 2002; Kronmüller & Mundt, 2006).

Aus dem Cluster B kommt bei depressiv erkrankten Patienten die Borderline Persönlichkeitsstörung am häufigsten vor (Kronmüller & Mundt, 2006).

1.3.3 Soziodemographische und störungsrelevante Unterschiede zwischen depressiv erkrankten Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Ergebnisse verschiedener Studien weisen darauf hin, dass sich depressiv erkrankte Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich soziodemographischer und störungsrelevanter Merkmale von depressiv Erkrankten ohne komorbide Persönlichkeitsstörungen unterscheiden. Die am häufigsten replizierten Unterschiede werden im Folgenden berichtet.

Es konnte gezeigt werden, dass depressiv erkrankte Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (1) zu Behandlungsbeginn im Mittel eine **stärkere Symptomausprägung** aufweisen (Mulder et al., 2003; Schmitz, Fydrich, Schifferer, Obermeier & Teufel, 1996; Schiavone, Dorz, Conforti, Scarso & Borgherini, 2006) sowie (2) **jünger** (Brieger et al., 2002; Joyce et al., 2003; Mulder et al., 2003; Russel et al., 2003; Schiavone et al., 2006) und (3) häufiger **alleinstehend** sind (O'Leary & Costello, 2001; Russel et al., 2003; Schiavone et al., 2006) als depressiv Erkrankte ohne komorbide Persönlichkeitsstörungen.

Hinsichtlich der **Behandlungsdauer** ist die Befundlage inkonsistent. Brieger et al. (2006) und Schiavone et al. (2006) stellten keinen Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Dauer der stationären Depressionsbehandlung fest. Für die Behandlung in einer psychosomatischen Fachklinik hingegen konnten Schmitz et al. (1996) für depressiv erkrankte Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine längere Behandlungsdauer zeigen als für depressiv Erkrankte ohne Persönlichkeitsstörungen.

1.3.4 Der Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen

Die Frage, ob das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen bei depressiv erkrankten Patienten mit einem weniger günstigen symptomorientierten Behandlungserfolg einhergeht, wird in der Literatur kontrovers diskutiert und die empirische Befundlage hierzu ist uneinheitlich (Carter et al., 2011; Gorwood et al., 2010). Shea et al. (1992) zum Beispiel nehmen an, dass die anhaltenden Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen sowie die vergleichsweise größeren interpersonellen Probleme und geringere soziale Unterstützung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu ihrem - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - ungünstigeren Behandlungserfolg beitragen.

Nach Schmitz et al. (1996) sind Patienten mit Persönlichkeitsstörungen deshalb schwerer behandelbar, weil sie ihr eigenes Verhalten als zu sich gehörig (ich-synton) empfinden. Dadurch ist ihre Einsicht in die Unangemessenheit ihrer Erlebens- und Ver-

haltensweisen eingeschränkt. Dies kann zu verringerter Therapiecompliance und häufigeren Therapieabbrüchen beitragen, weshalb angenommen wird, dass sie hinsichtlich ihrer Achse I Störung schwerer behandelbar sind als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Diese globale Aussage wird jedoch von Fiedler (2007) sowie Fydrich (2001) relativiert, die darauf hinweisen, dass das Phänomen der Ich-Syntonie innerhalb der Persönlichkeitsstörungen nicht absolut gesehen werden kann. Nach Fydrich (2001) unterscheiden sich die Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich des Grades der Ich-Syntonität, wobei zum Beispiel Patienten mit vermeidend-selbstunsicherer oder Borderline Persönlichkeitsstörung ein höheres Ausmaß an Ich-Dystonität aufweisen als Patienten mit antisozialer, paranoider oder narzisstischer Persönlichkeitsstörung.

Die Varianz der Ich-Syntonität innerhalb der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen schlägt sich auch in widersprüchlichen Befunden aus Studien zur Therapiecompliance bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nieder. Ergebnisse von Matas, Staley und Griffin (1992) unterstützen zum Beispiel die Annahme von Schmitz et al. (1996), dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine geringere Therapiecompliance aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Befunde von Centorrino et al. (2001) sowie Kelly, Casey, Dunn, Ayuso-Mateos und Dowrick (2007) weisen hingegen darauf hin, dass das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen nicht mit einer geringeren Therapiecompliance in Zusammenhang steht. Nach Tyrer, Mitchard, Methuen und Ranger (2003) können Persönlichkeitsstörungen in zwei Kategorien eingeteilt werden: „Type R“ (*treatment rejecting*) und „Type S“ (*treatment seeking*), wobei Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen in die Gruppe der „Therapiesuchenden“ und Patienten mit paranoider oder schizoider Persönlichkeitsstörung in die Gruppe der „Therapiezurückweisenden“ eingeordnet werden können.

Im Folgenden wird ein Überblick über den empirischen Forschungsstand zur Frage gegeben, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen gibt. Tabelle 1.1 (S. 27 ff.) gibt einen Überblick über die wichtigsten Merkmale (u.a. Patientenstichprobe, Behandlung, Erfolgsmaße) sowie die Ergebnisse der im Folgenden zitierten Studien.

1.3.4.1 Kurzfristiger Erfolg der Depressionsbehandlung

Vorliegen mindestens einer Persönlichkeitsstörung

In verschiedenen Studien (u.a. Greenberg et al., 1995; Mulder et al., 2003; Pfohl, Coryell, Zimmerman & Stangl, 1987; Schiavone et al., 2006) konnte gezeigt werden, dass Patienten mit mindestens einer Persönlichkeitsstörung im Rahmen einer Depressionsbehandlung eine bedeutsame Abnahme ihrer Depressivität und psychischen Gesamtbelastung erreichen, die in ihrem Ausmaß mit der von Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen vergleichbar ist.

Hinsichtlich der Frage, ob Patienten mit Persönlichkeitsstörungen am Ende einer Depressionsbehandlung stärker durch Symptome belastet sind und seltener als „geheilt“

(Erreichen des Recoverykriteriums) gelten können als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, ist die Befundlage widersprüchlich. Ein Review von Mulder (2002) sowie eine Metaanalyse von Kool et al. (2005), in die nur kontrollierte Studien integriert wurden, geben Hinweise darauf, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nach einer ambulanten psychopharmakologischen Depressionsbehandlung keine stärkere depressive Symptomatik aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Auch in naturalistischen Studien, in denen die Wirksamkeit stationärer multiprofessioneller Depressionsbehandlungen untersucht wurde (Brieger et al., 2002; van den Hout, Brouwers & Oomen, 2006), gab es in der Depressionsschwere nach Behandlungsende keinen bedeutsamen Unterschied zwischen den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen. Über dies hinaus weisen Untersuchungsergebnisse von Shea et al. (1990) darauf hin, dass depressiv erkrankte Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen nach einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung einen mit Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen vergleichbaren Behandlungserfolg erreichen.

Eine Metaanalyse von Newton-Howes, Tyrer und Johnson (2006), in die sowohl randomisierte als auch naturalistische Studien zur Wirksamkeit verschiedener Depressionsbehandlungen integriert wurden, widerspricht hingegen den oben genannten Befunden. Die Ergebnisse dieser Metaanalyse geben Hinweise darauf, dass das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen bei depressiv erkrankten Patienten mit einer stärkeren Depressivität zum Behandlungsende einhergeht. Dieser Effekt ist nach Einschätzung der Autoren robust und wird nicht durch die Art der Depressionsbehandlung oder der Erfassung der Depressivität beeinflusst. Auch Shea et al. (1992) konstatieren in ihrem Review, dass das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen in einem negativen Zusammenhang mit dem Erfolg unterschiedlicher Depressionsbehandlungen steht (mögliche Ausnahme: Kognitive Verhaltenstherapie), und Studienbefunde von Bock, Bukh, Vinberg, Gether und Kessing (2010) sowie Ezquiaga et al. (1998) weisen auf eine geringere Remissionsrate in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen - im Vergleich zur Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen - nach einer psychopharmakologischen Behandlung hin. Verschiedene Autoren (u.a. Hardy et al., 1995; Mulder et al., 2003; van den Hout et al., 2006) merken an, dass die höhere Symptombelastung in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen nach erfolgter Behandlung auf ihre stärker ausgeprägte Symptomatik zu Behandlungsbeginn zurückgeführt werden kann.

Persönlichkeitsstörungscluster

Greenberg et al. (1995) und Ogrodniczuk et al. (2001) kritisieren einen Untersuchungsansatz, bei dem lediglich unterschieden wird, ob mindestens eine Persönlichkeitsstörung vorliegt oder nicht, da hierbei die Unterschiedlichkeit der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen außer Acht gelassen wird. Sie plädieren dafür, den Zusammenhang der Persönlichkeitsstörungscluster bzw. einzelner Persönlichkeitsstörungen mit dem Behandlungserfolg bei depressiven Störungen zu untersuchen.

Dem Zusammenhang der Persönlichkeitsstörungscluster mit dem Behandlungserfolg bei depressiven Erkrankungen wird seit den frühen neunziger Jahren nachgegangen. Am häufigsten kommen bei depressiv erkrankten Patienten **Cluster C Persönlichkeitsstörungen** (vermeidend-selbstunsichere, dependente, zwanghafte Persönlichkeitsstörung) vor (Kronmüller & Mundt, 2006). Für diese Gruppe von Persönlichkeitsstörungen untersuchten Hardy et al. (1995) die Wirksamkeit einer ambulanten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Depressionsbehandlung. Die Befunde ihrer Studie weisen darauf hin, dass es nach erfolgter Behandlung keinen Unterschied in der Depressionsausprägung zwischen Patienten mit und ohne Cluster C Persönlichkeitsstörungen gibt. Dieser Befund konnte von T. Sato, Sakado, S. Sato und Morikawa (1994) für eine ambulante pharmakologische Depressionsbehandlung und von Schmitz et al. (1996; vorwiegend Cluster C Persönlichkeitsstörungen) für eine stationäre multiprofessionelle Behandlung bestätigt werden. Maddux et al. (2009) untersuchten Patienten mit chronischen Depressionsformen. Auch ihre Befunde weisen darauf hin, dass das Vorliegen von vorwiegend Cluster C Persönlichkeitsstörungen nicht im Zusammenhang mit dem Erfolg einer psychopharmakologischen Behandlung, einer psychotherapeutischen Behandlung mit CBASP oder einer Kombination der beiden Behandlungsformen steht.

Greenberg et al. (1995) zeigten hingegen für eine stationäre Depressionsbehandlung, dass Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen eine geringere Abnahme ihrer depressiven Symptomatik aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Weiterhin berichten Ball, Kearney, Wilhelm und Dewhurst-Savellis (2000) sowie Viinamaäki et al. (2002) von einer - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - höheren Depressionsschwere und geringeren Remissionsrate in der Patientengruppe mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen nach Abschluss der Depressionsbehandlung.

Für Patienten mit **Cluster B Persönlichkeitsstörungen** (Borderline, narzisstische, antisoziale, histrionische Persönlichkeitsstörung) weisen Befunde von Ball et al. (2000) sowie Gude und Vaglum (2001) auf eine signifikante Reduktion der Depressivität und psychischen Gesamtbelastung im Rahmen einer Depressionsbehandlung hin. Ball et al. (2000) stellten jedoch eine - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - geringere Remissionsrate für Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen nach Abschluss der Behandlung fest. Im Gegensatz dazu konnten Bock et al. (2010) sowie Sato et al. (1994) keinen Unterschied in der Remissionsrate nach erfolgter Behandlung zwischen Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen zeigen.

Für **Cluster A Persönlichkeitsstörungen** (schizoide, schizotype, paranoide Persönlichkeitsstörung) liegen vergleichsweise wenige Untersuchungen vor. Gude und Vaglum (2001) konnten zeigen, dass Patienten mit diesen Persönlichkeitsstörungen im Rahmen einer stationären Behandlung eine signifikante Reduktion ihrer psychischen Gesamtbelastung erreichen. Studienergebnisse von Sato et al. (1994) weisen jedoch darauf hin, dass die Remissionsrate von Patienten mit Cluster A Persönlichkeitsstörun-

gen nach Abschluss der Behandlung geringer ist als die von Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Die Autoren nehmen an, dass Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster B und C nur dann mit einem ungünstigeren Behandlungsergebnis einhergehen, wenn sie gemeinsam mit Cluster A Persönlichkeitsstörungen auftreten.

Einzelne Persönlichkeitsstörungen

Zur Erforschung des Zusammenhangs einzelner Persönlichkeitsstörungen mit dem Behandlungserfolg bei depressiv erkrankten Patienten liegen vergleichsweise wenige Studien vor. Das kann darauf zurückgeführt werden, dass die meisten der Persönlichkeitsstörungen nur bei einem geringen Prozentsatz der untersuchten Patienten diagnostiziert werden. Über dies hinaus treten sie häufig komorbid mit anderen Persönlichkeitsstörungen auf. Daher gestaltet es sich häufig schwierig, dem Zusammenhang einzelner, isoliert vorliegender Persönlichkeitsstörungen mit dem Erfolg von Depressionsbehandlungen nachzugehen. Im Folgenden wird die aktuelle Befundlage zum Zusammenhang derjenigen Persönlichkeitsstörungen mit dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen dargestellt, die häufig gemeinsam mit depressiven Störungen auftreten. Dies sind Cluster C Persönlichkeitsstörungen (vermeidend-selbstunsichere, zwanghafte, dependente Persönlichkeitsstörung) sowie die Borderline Persönlichkeitsstörung (Kronmüller & Mundt, 2006).

In einer Studie von Schmitz et al. (1996) wurden vorwiegend Patienten mit **vermeidend-selbstunsicherer** und **dependenter Persönlichkeitsstörung** untersucht. Die Ergebnisse dieser Studie geben Hinweise darauf, dass „zumindest [die] Gruppe von Patienten mit eher ‚leichten‘ oder ‚beziehungsorientierten‘ Persönlichkeitsstörungen“ (Schmitz et al., 1996, S. 337) durch eine multiprofessionelle, an die individuellen Bedürfnisse des Patienten angepasste Therapie erfolgreich behandelt werden kann. Andererseits stellten Joyce et al. (2007) fest, dass Patienten mit vermeidender Persönlichkeitsstörung weniger von einer ambulanten psychotherapeutischen Depressionsbehandlung profitieren als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Weiterhin belegen Studienergebnisse von Hoffart und Martinsen (1993), dass das Vorliegen einer dependenten, nicht jedoch einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung eine stärker ausgeprägte Depressivität nach einer stationären Depressionsbehandlung vorhersagt.

Für die **zwanghafte Persönlichkeitsstörung** liegen widersprüchliche Studienergebnisse vor. Befunde von Thompson, Gallagher und Czirr (1987) geben zum Beispiel Hinweise darauf, dass depressiv Erkrankte mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung, die psychotherapeutisch behandelt werden, einen ungünstigeren Behandlungserfolg aufweisen als Patienten mit vermeidend-selbstunsicherer oder dependenter Persönlichkeitsstörung. Auch Fiorot, Boswell und Murray (1990) stellten für Patienten mit zwanghaftem Persönlichkeitstyp eine geringere Abnahme der Depressionsschwere fest als für Patienten mit dependentem Persönlichkeitstyp. Andererseits fanden Ansseau, Troisfontaines, Papart und Frenckell (1991) bei einer Depressionsbehandlung mit selektiven

Serotoninwiederaufnahmehemmern für Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung einen besseren Behandlungserfolg als für Patienten ohne zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Über dies hinaus weisen Befunde von Grilo et al. (2005) darauf hin, dass depressiv erkrankte Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung eine mit Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen vergleichbare Behandlungsdauer bis zur Remission der depressiven Symptomatik benötigen. Patienten mit vermeidend-selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung weisen hingegen eine längere Remissionszeit auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Verschiedene Wissenschaftler haben sich mit dem Zusammenhang der **Borderline Persönlichkeitsstörung** und dem Behandlungserfolg bei Patienten mit unipolaren Depressionen beschäftigt (Fava et al., 1994; Parsons et al., 1989; Coccaro & Kavoussi, 1997, jeweils zitiert nach Joyce et al., 2003). Die Befunde lassen nach Joyce et al. (2003) den Schluss zu, dass depressiv erkrankte Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung nicht weniger von einer medikamentösen Depressionsbehandlung, besonders mit selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmern, profitieren als depressiv Erkrankte ohne Persönlichkeitsstörungen. Grilo et al. (2005) stellten jedoch auch fest, dass Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung eine längere Zeit bis zur Remission ihrer depressiven Symptomatik benötigen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

1.3.4.2 Längerfristiger Erfolg der Depressionsbehandlung

Verschiedene Wissenschaftler haben sich mit der Frage beschäftigt, ob das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen mit einem ungünstigeren Krankheitsverlauf nach einer Depressionsbehandlung in Zusammenhang steht.

Symptomveränderung nach dem stationären Aufenthalt

Ball et al. (2000) untersuchten den Verlauf der Depressivität von Patienten mit Cluster C, Cluster B bzw. ohne Persönlichkeitsstörungen nach einer Depressionsbehandlung (Pharmako- und Psychotherapie). Sie konnten weder für Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen noch für Patienten mit Cluster C bzw. Cluster B Persönlichkeitsstörungen ein bis drei Jahre nach Ende der akuten Depressionsbehandlung eine Symptomverschlechterung feststellen.

Rückfallrisiko

Hinsichtlich des Rückfallrisikos weisen Befunde von Ilardi, Craighead und Evans (1992) darauf hin, dass das Vorliegen von Cluster B und Cluster C, nicht jedoch von Cluster A Persönlichkeitsstörungen mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Wiederauftreten einer depressiven Episode verbunden ist. Alnaes und Torgersen (1997) stellten weiterhin fest, dass das Vorliegen einer Borderline Persönlichkeitsstörung das Auftreten depressiver Rückfälle innerhalb von sechs Jahren nach einer ambulanten multiprofessionellen Depressionsbehandlung vorhersagt. O'Leary und Costello (2001) so-

wie K. Holma, I. Holma, Melartin, Rytsälä und Isometsä (2008) fanden hingegen keinen Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich des Rückfallrisikos.

Symptomschwere zum Follow-up-Zeitpunkt

Für die Stärke der Symptomatik zum Follow-up-Zeitpunkt stellten Ilardi et al. (1992) für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen 50 Monate nach einer pharmakologischen Depressionsbehandlung eine stärker ausgeprägte Depressivität fest als für Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Auch Klein et al. (2008) konnten zeigen, dass das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung ein Prädiktor für eine höhere Depressionsschwere zehn Jahre nach einer Depressionsbehandlung (Pharmako- und Psychotherapie) ist.

Für Patienten mit vorwiegend Cluster C Persönlichkeitsstörungen fanden Schmitz et al. (1996) keinen Zusammenhang mit der Depressivität acht Monate nach einer stationären multiprofessionellen Behandlung. Hingegen zeigten Hardy et al. (1995) für Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen eine - im Vergleich zu Patienten ohne Cluster C Persönlichkeitsstörungen - stärkere depressive Symptomatik und psychische Gesamtbelastung ein Jahr nach der stationären Depressionsbehandlung. Dieser Befund konnte von Viinamäki et al. (2003) für eine ambulante Antidepressivabehandlung bestätigt werden. In einer Studie von Hoffart und Martinsen (1993) war das Vorliegen einer vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung ein Prädiktor für eine höhere Depressionsschwere ein Jahr nach einer multiprofessionellen Behandlung.

Recoveryraten

Viinamäki et al. (2006) stellten für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen 24 Monate nach einer ambulanten Depressionsbehandlung eine geringere Remissionsrate fest als für Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Auch für Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen weisen Befunde aus Studien von Ball et al. (2000) und Viinamäki et al. (2003) darauf hin, dass sie zum Katamnesezeitpunkt seltener als „geheilt“ (Erreichen des Recoverykriteriums) gelten können als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Über dies hinaus weisen Morse, Pilkonis, Houck, Frank und Reynolds (2005) darauf hin, dass Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen ihre Symptomremission nach einer ambulanten Depressionsbehandlung (Pharmako- und Psychotherapie) seltener aufrechterhalten können als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Für Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen stellten Ball et al. (2000) fest, dass auch sie ein bis drei Jahre nach der akuten multiprofessionellen Depressionsbehandlung seltener als „geheilt“ gelten konnten als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

1.3.5 Der Zusammenhang zwischen (maladaptiven) Persönlichkeitsmerkmalen und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen

Verschiedene Autoren (u.a. Greenberg et al., 1995; Pfohl et al., 1987) ziehen in Betracht, dass „die Untersuchungsergebnisse zum Einfluss von Persönlichkeitsstörungen

[auf das Behandlungsergebnis bei unipolaren Depressionen] auch vom methodischen Zugang abhängen“ (Schmitz et al., 1996, S. 320). In ihren Studien wurde (auch) eine dimensionale Beurteilung maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale vorgenommen⁴.

Hierbei konnten Carter et al. (2011) nach einer KVT-Depressionsbehandlung keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl erfüllter Persönlichkeitsstörungskriterien nach SKID-II und der Stärke der Abnahme der Depressivität feststellen. Für Patienten, die eine Interpersonelle Therapie erhielten, zeigte sich in ihrer Studie hingegen ein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl erfüllter SKID-II-Kriterien und dem Ausmaß der Abnahme der Depressionsschwere. Pfohl et al. (1987) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen der Gesamtanzahl erfüllter Persönlichkeitsstörungskriterien im SKID-II und der Depressionsschwere sechs Monate nach einer stationären psychiatrischen Behandlung. Auch Gorwood et al. (2010) stellten fest, dass je höher die Ausprägung von „Persönlichkeitsdysfunktionen“ erfasst anhand der *Standardised Assessment of Personality Scale* ist, desto höher ist auch die Depressionsschwere nach einer psychopharmakologischen Depressionsbehandlung. Greenberg et al. (1995) zeigten einen negativen Zusammenhang zwischen der Anzahl erfüllter Cluster A Persönlichkeitsstörungskriterien und der Stärke der Abnahme der Depressivität sowie der Recoveryrate.

Studienergebnisse von Szadoczky, Rozsa, Zambori und Füredi (2004) weisen über dies hinaus darauf hin, dass ängstliche Persönlichkeitsmerkmale ein Prädiktor dafür sind, dass Patienten innerhalb von zwei Jahren nach einer psychopharmakologischen Depressionsbehandlung weniger als zwei Monate symptomfrei sind. Alnaes und Torgersen (1997) stellten fest, dass das Vorliegen dependenter Persönlichkeitsmerkmale ein Prädiktor für einen Rückfall innerhalb von sechs Jahren nach einer ambulanten multiprofessionellen Depressionsbehandlung darstellt. Weiterhin weisen Befunde von Mulder, Frampton, Luty und Joyce (2009) darauf hin, dass das Risiko für einen depressiven Rückfall steigt, je mehr vermeidende oder schizotype Persönlichkeitsstörungsmerkmale vorliegen. Hart, E. Craighead und L. Craighead (2001) stellten fest, dass die Ausprägung von Cluster B-, jedoch nicht von Cluster C-Persönlichkeitsstörungsmerkmalen einen Prädiktor für einen depressiven Rückfall darstellt. In einer Studie von Ryder, Quilty, Vachon und Bagby (2010) zeigte sich, dass die Ausprägung depressiver Persönlichkeitsmerkmale entsprechend des SKID-II-Screeningfragebogens keine Vorhersagekraft für den Erfolg einer kognitiven Verhaltenstherapie bzw. einer psychopharmakologischen Depressionsbehandlung hat, jedoch den Behandlungserfolg bei einer Interpersonellen Therapie vorhersagt – je höher die Ausprägung depressiver Persönlichkeitsmerkmale ist, desto höher ist auch die Symptomschwere nach Behandlungsende. Auch Saulsman et al. (2006) fanden keinen Zusammenhang zwischen der Ausprägung depressiver Per-

⁴ Eine Zusammenfassung der Diskussion um die Angemessenheit dimensionaler vs. kategorialer Ansätze zur Erfassung von Persönlichkeit(-sstörungen) findet sich in Kapitel 1.2.2. (S. 5 ff.).

sönlichkeitsmerkmale und dem Behandlungserfolg nach einer kognitiv-verhaltens-therapeutischen Gruppentherapie der Depression.

1.4 Fazit zum aktuellen Forschungsstand und Ableitung der Hypothesen

Der in Kapitel 1.3.4 und 1.3.5 zusammengefasste empirische Forschungsstand zum Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen bzw. maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen mit dem Behandlungserfolg bei Patienten mit unipolaren Depressionen ist vielfältig, jedoch in großen Teilen uneinheitlich. Die inkonsistente Befundlage steht vor allem mit der methodischen Heterogenität der Studien in Zusammenhang, die hinsichtlich relevanter Merkmale wie der untersuchten Patientenstichprobe (z.B. ambulant vs. stationär), der Behandlungsform (z.B. Pharmakotherapie vs. Psychotherapie), der Erfassung von Persönlichkeitsstörungen (z.B. klinisches Urteil vs. strukturierte Interviews) und der Operationalisierung des Behandlungserfolgs (z.B. Symptomabnahme vs. Recoveryraten) kaum miteinander vergleichbar sind (siehe Merkmale der Studien in Tabelle 1.1, S. 27 ff.).

Insgesamt ist es daher - in Übereinstimmung mit der Einschätzung von Kronmüller et al. (2002) - beim jetzigen Stand der Forschung nicht möglich, eindeutige Schlüsse darüber zu ziehen, ob und welche Persönlichkeitsstörungen mit einem weniger günstigen kurz- und längerfristigen Behandlungserfolg bei depressiv erkrankten Patienten einhergehen. Der aktuelle Forschungsstand weist jedoch darauf hin, dass sowohl die Betrachtung einzelner Persönlichkeitsstörungen (Greenberg et al., 1995; Ogrodniczuk et al., 2001) als auch eine dimensionale Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und ihrer Extremformen (Livesley et al., 1994; Widiger & Sanderson, 1994) wichtig sind, um detaillierte Aussagen über den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörungen bzw. maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen und dem Erfolg von Depressionsbehandlungen machen zu können.

Über dies hinaus ist eine angemessene methodische Vorgehensweise notwendig, um die weit verbreitete Auffassung, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen seien schwerer behandelbar als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, zu überprüfen. Hierzu gehört neben der reliablen und validen Erfassung der Persönlichkeitsstörungen anhand strukturierter Interviews sowie der Kontrolle von Unterschieden zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich störungsrelevanter Merkmale (z.B. Symptomausprägung zu Behandlungsbeginn) auch der Einsatz und Vergleich multipler Kriterien für den Behandlungserfolg (Mulder, 2002).

Daher wurden in der vorliegenden Untersuchung zur Beurteilung des Behandlungserfolgs sowohl störungsspezifische als auch störungsübergreifende Inventare zur Erfassung der Symptomatik eingesetzt. Die Ausprägung der Depressivität galt als Primärkriterium für den Behandlungserfolg. Sekundärkriterien waren die psychische Gesamtbelastung und die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Ein wesentlicher Fokus lag außerdem auf der Operationalisierung des Behandlungserfolgs anhand verschiedener

Kriterien wie dem Ausmaß der Symptomabnahme, der Stärke der Symptomatik am Ende der stationären Behandlung sowie ein Jahr später, der Häufigkeit klinisch bedeutsam gebesserter Patienten, den Recoveryraten sowie der Häufigkeit erneuter depressiver Episoden im ersten poststationären Jahr.

Vorliegen mindestens einer Persönlichkeitsstörung

In einem ersten Schritt wurde untersucht, ob das Vorliegen mindestens einer Persönlichkeitsstörung mit einem ungünstigeren Ergebnis einer Depressionsbehandlung einhergeht. Diese Herangehensweise wurde gewählt, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse dieser Arbeit mit der bestehenden Befundlage herzustellen, die zu einem Großteil auf einem Untersuchungsansatz basiert, der zwischen Patienten mit mindestens einer Persönlichkeitsstörung und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen unterscheidet. Da die aktuelle Befundlage darauf hinweist, dass sowohl Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen von einer Depressionsbehandlung profitieren und im Rahmen der Therapie eine bedeutsame Symptomabnahme aufweisen (Greenberg et al., 1995; Mulder et al., 2003; Pfohl et al., 1987; Schiavone et al., 2006), wurde für die Veränderung der Symptomausprägung vom Beginn (Aufnahmezeitpunkt) bis zum Ende (Entlassungszeitpunkt) der stationären Behandlung folgende Hypothese aufgestellt:

H 1a: Sowohl Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen erzielen vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt eine signifikante Symptomreduktion.

Die Befundlage zu Unterschieden zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Symptomausprägung nach erfolgter Depressionsbehandlung ist heterogen. In einer Metaanalyse von Kool et al. (2005) sowie in Studien von Brieger et al. (2002) und van den Hout et al. (2006) konnte kein Unterschied hinsichtlich der Stärke der Symptomatik zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen nach Behandlungsende festgestellt werden. Andererseits geben die Ergebnisse einer Metaanalyse von Newton-Howes et al. (2006) Hinweise darauf, dass depressiv erkrankte Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nach Behandlungsabschluss eine stärker ausgeprägte Depressivität aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Aufgrund der widersprüchlichen Befundlage wurde für die Stärke der Symptomausprägung nach Abschluss der stationären Behandlung folgende Hypothese formuliert:

H 1b: Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen nach Abschluss der stationären Behandlung eine höhere Symptomschwere, geringere Raten klinisch bedeutsamer Verbesserungen sowie geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Auch die Befundlage zu Unterschieden zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich des Krankheitsverlaufs nach einer Depressionsbehandlung ist heterogen. Holma et al. (2008) sowie O'Leary und Costello (2000) konnten für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen einen mit Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen vergleichbaren längerfristigen Behandlungserfolg zeigen. Andererseits weisen die Studienergebnisse von Ball et al. (2000), Ilardi et al. (1992), Klein et al. (2008) und Pfohl et al. (1987) auf einen vergleichsweise ungünstigeren Krankheitsverlauf nach einer Depressionsbehandlung für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hin. Aufgrund der widersprüchlichen Befunde wurden für die 1-Jahres-Katamnese folgende Hypothesen abgeleitet:

H 1c: Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt eine stärkere Symptomzunahme auf und erfüllen im ersten poststationären Jahr häufiger die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

H 1d: Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen ein Jahr nach der stationären Behandlung eine höhere Symptomschwere und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Verschiedene Autoren (u.a. Greenberg et al., 1995; Ogrodniczuk et al., 2001) kritisieren einen Untersuchungsansatz, bei dem lediglich unterschieden wird, ob mindestens eine Persönlichkeitsstörung vorliegt oder nicht, da hierdurch die Unterschiedlichkeit der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen unbeachtet bleibt. In der vorliegenden Studie wurde daher auch der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von ausschließlich Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei Patienten mit unipolaren Depressionen überprüft. Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Cluster A Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg konnte nicht untersucht werden, da die Prävalenz von Cluster A Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit unipolaren Depressionen vergleichsweise gering ist (Kronmüller & Mundt, 2006).

Cluster B Persönlichkeitsstörungen

Zum Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Cluster B Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen gibt es nur wenige Studienbefunde. Ball et al. (2000) sowie Gude und Vaglum (2001) stellten für Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen eine signifikante Symptomreduktion während der Behandlung fest. Daher wurde für die Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen bezüglich der Veränderung der Symptomausprägung vom Beginn bis zum Ende der stationären Behandlung folgende Hypothese formuliert:

H 2a: Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen erzielen vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt eine signifikante Symptomreduktion.

Hinsichtlich der Symptomausprägung nach erfolgter Behandlung zeigten Bock et al. (2010) sowie Sato et al. (1994) für Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen vergleichbare Remissionsraten. Hingegen stellten Ball et al. (2000) fest, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen nach Behandlung seltener als „geheilt“ gelten konnten als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Aufgrund der widersprüchlichen Befundlage wurde für die Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen bezüglich des Ausmaßes der Symptomatik nach erfolgter Behandlung folgende Hypothese aufgestellt:

H 2b: Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen weisen nach Abschluss der stationären Behandlung eine höhere Symptomschwere, geringere Raten klinisch bedeutsamer Verbesserungen und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Auch die Befundlage zum Krankheitsverlauf von Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen nach einer Depressionsbehandlung ist heterogen. Gude und Vaglum (2001) konnten keine Symptomzunahme im ersten Jahr nach einer Depressionsbehandlung bei Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen feststellen. In einer Studie von Ilardi et al. (1992) stand das Vorliegen von Cluster B Persönlichkeitsstörungen hingegen mit einem höheren Rückfallrisiko in Zusammenhang und in einer Studie von Ball et al. (2000) wiesen Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen zum Katamnesezeitpunkt eine geringere Recoveryrate auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Aufgrund der heterogenen Befundlage wurden für die Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen für die 1-Jahres-Follow-up-Untersuchung folgende Hypothesen abgeleitet:

H 2c: Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen weisen vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt eine stärkere Symptomzunahme auf und erfüllen im poststationären Jahr häufiger die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

H 2d: Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen weisen ein Jahr nach Klinikentlassung eine höhere Symptomschwere und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Cluster C Persönlichkeitsstörungen

Da Ergebnisse verschiedener Studien darauf hinweisen, dass Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen nach erfolgter Depressionsbehandlung eine signifikante Symptomreduktion erreichen (Ball et al., 2000; Gude & Vaglum, 2001; Hardy et al., 1995), wurde hinsichtlich der Veränderung der Symptomausprägung vom Beginn bis zum Abschluss der stationären Behandlung für Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen folgende Hypothese formuliert:

H 3a: Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen weisen vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt eine signifikante Symptomreduktion auf.

Bezüglich der Stärke der Symptomatik nach Abschluss der Depressionsbehandlung weisen verschiedene Studien für Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen auf einen mit Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen vergleichbaren Behandlungserfolg hin (Bock et al., 2010; Hardy et al., 1995; Maddux et al., 2009; Sato et al., 1994; Schmitz et al., 1996). Es gibt jedoch auch Studien, die zeigen, dass Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen nach Behandlungsende eine höhere Symptomschwere bzw. geringere Remissionsraten aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (Ball et al., 2000; Viinamäki et al., 2002). Aufgrund der widersprüchlichen Befundlage wurde bezüglich der Stärke der Symptomatik nach der stationären Behandlung für die Patientengruppe mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen folgende Hypothese aufgestellt:

H 3b: Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen weisen nach Abschluss der stationären Behandlung eine höhere Symptomschwere, geringere Raten klinisch bedeutsamer Verbesserungen und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

In Follow-up-Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass depressiv erkrankte Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen ein höheres Rückfallrisiko (Ilardi et al., 1992) sowie zum Katamnesezeitpunkt eine stärker ausgeprägte Symptomatik (Hardy et al., 1995; Viinamäki et al., 2003) bzw. geringere Remissionsraten (Ball et al., 2000; Morse et al., 2004; Szadoczky et al., 2004) aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Lediglich Schmitz et al. (1996), die Patienten mit vorwiegend Cluster C Persönlichkeitsstörungen untersuchten, stellten für diese Patientengruppe einen mit Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen vergleichbaren Krankheitsverlauf nach einer stationären Behandlung fest. Aus den vorliegenden Befunden wurden für die Patientengruppe mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen für die 1-Jahres-Follow-up-Untersuchung folgende Hypothesen abgeleitet:

H 3c: Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen weisen vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt eine stärkere Symptomzunahme auf und erfüllen im ersten poststationären Jahr häufiger die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

H 3d: Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen weisen ein Jahr nach Klinikentlassung eine höhere Symptomschwere und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Dimensionale Beurteilung der diagnostischen Konstrukte des DSM-IV

Verschiedene Autoren (u.a. Fydrich, Schmitz, Dietrich et al., 1996; Livesley et al., 1994; Widiger & Sanderson, 1994) betonen die Unzulänglichkeiten einer kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Sie präferieren eine dimensionale Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen, die in ihren Extremen Leid und Beeinträchtigungen bringen können. Daher wurden in der vorliegenden Studie anhand des SKID-II auch die Ausprägungsgrade der Persönlichkeitsfaktoren nach DSM-IV (statt Persönlichkeitsstörungen) erfasst.

Es gibt lediglich vier Studien (Carter et al., 2011; Mulder et al., 2009; Pfohl et al., 1987; Ryder et al., 2010), die das SKID-II zur dimensionalen Beurteilung der diagnostischen Konstrukte des DSM-IV eingesetzt haben. Carter et al. (2011) sowie Pfohl et al. (1997) untersuchten den Zusammenhang zwischen der Gesamtzahl erfüllter SKID-II-Kriterien und dem Behandlungserfolg bei depressiven Erkrankungen über alle Persönlichkeitsstörungen hinweg. Mulder et al. (2009) überprüften, ob sich Patienten, die einen depressiven Rückfall erlitten hatten, hinsichtlich der Anzahl erfüllter Kriterien je Persönlichkeitsstörung von Patienten ohne Rückfall unterschieden. Ryder et al. (2010) nutzten die Informationen des SKID-II-Screeningfragebogens, jedoch nicht des SKID-II-Interviews, um den Zusammenhang maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale mit dem Behandlungserfolg bei Patienten mit unipolaren Depressionen zu erfassen.

Da die methodischen Herangehensweisen der vier Studien kaum miteinander vergleichbar sind und tragende theoretische Modelle zum Zusammenhang der Ausprägung von Persönlichkeitsmerkmalen, die auf den Kriterien für Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV beruhen, mit dem Behandlungserfolg bei depressiv Erkrankten fehlen, wurde die folgende Fragestellung explorativ untersucht:

Gibt es bei depressiv erkrankten Patienten Zusammenhänge zwischen den Ausprägungen der Persönlichkeitsfaktoren, erfasst anhand des SKID-II, und der Veränderung der Symptomausprägung vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt sowie vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt?

Tabelle 1.1 Zusammenfassung der in Kapitel 1.3.4 und 1.3.5 zitierten Studien zum Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen bzw. maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen

Autor (Jahr)	Patienten (Anzahl)	Einschluss-diagnose (diagnostisches Verfahren)	Wie wurde PS untersucht? (diagnostisches Verfahren, Zeitpunkt der Diagnose)	Behandlung	Zeitraum der Katamnese	Ergebnis
Alnaes & Torgersen (1997)	ambulant (N = 88)	unipolare depressive Störung (SKID-I)	einzelne PS (SKID-II, ?) PS-merkmale (MCMI, ?)	Psychotherapie, psychosoziale Interventionen, Psychopharmakotherapie	6 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> Borderline PS & dependente Persönlichkeitsmerkmale = Prädiktor für Rückfall
Ansseau et al. (1991)	ambulant (N = 46)	unipolare depressive Störung (DSM-III)	zwanghafte PS ja/nein (DSM-III-Kriterien, ?)	SSRI für 8 Wochen	—	<ul style="list-style-type: none"> Veränderung von t₁ zu t₂ in HAMD: mit zwanghafter PS > ohne zwanghafte PS
Ball et al. (2000)	stationär & ambulant (N = 61)	rezidivierende depressive Störung, Dysthymie (DSM-III-R)	Cluster C PS vs. Cluster B PS vs. keine PS (Checkliste und in Übereinstimmung zweier Behandler, ?)	Naturalistische Behandlung (KVT, Selbstsicherheits-training, 75% Psychopharmaka)	1-3 Jahre	<u>Akutbehandlung</u> <ul style="list-style-type: none"> Cluster C PS = Cluster B PS = keine PS in Symptomabnahme im BDI von t₁ nach t₂ Recoveryraten (BDI < 9) zu t₂: Cluster C PS < Cluster B PS < keine PS <u>Katamnese</u> <ul style="list-style-type: none"> keine Veränderung im BDI in Gruppen mit Cluster C PS, Cluster B PS, keine PS von t₂ nach t₃ Recoveryraten (BDI < 9) zu t₃: Cluster C PS = Cluster B PS < keine PS
Bock et al. (2010)	stationär & ambulant (N = 301)	Depressive Episode (SCAN)	PS ja/nein Cluster A ja/nein Cluster B ja/nein Cluster C ja/nein Depressive PS ja/nein (SKID-II, nach Behandlung)	Pharmakotherapie + 30% Psychotherapie	—	<ul style="list-style-type: none"> Remissionsrate (HAMD₁₇ < 8 & TRAQ > 3) <ul style="list-style-type: none"> Nach 1. Antidepressivabehandlung: <ul style="list-style-type: none"> PS < keine PS Cluster C PS < keine Cluster C PS Cluster B PS = keine Cluster B PS depressive PS = keine depressive PS Nach Wechsel der antidepressiven Behandlungsstrategie <ul style="list-style-type: none"> PS < keine PS Cluster C PS = keine Cluster C PS Cluster B PS = keine Cluster B PS depressive PS < keine depressive PS

Fortsetzung Tabelle 1.1

Autor (Jahr)	Patienten (Anzahl)	Einschluss-diagnose (diagnostisches Verfahren)	Wie wurde PS untersucht? (diagnostisches Verfahren, Zeitpunkt der Diagnose)	Behandlung	Zeitraum der Kattamnese	Ergebnis
Brieger et al. (2002)	stationär (N = 117)	unipolare depressive Störung (SKID-I)	keine PS vs. 1 PS vs. mehrere PS, PS-Cluster (SKID-II, nach Remission)	Psychiatrisch-multiprofessionelle Behandlung	————	<ul style="list-style-type: none"> 1 PS = 2 PS = keine PS in CDRS, GAF zu t₂
Carter et al. (2011)	ambulant (N=177)	unipolare depressive Störung (SKID-I)	Anzahl erfüllter SKID-II Kriterien (SKID-II)	IPT oder KVT (16 Sitzungen)	————	<ul style="list-style-type: none"> KVT: kein Zusammenhang zwischen Anzahl erfüllter SKID-II Kriterien und Symptomabnahme t₁→t₂ in MADRS IPT: je höher die Anzahl erfüllter SKID-II Kriterien, desto geringer die Symptomabnahme t₁→t₂ in MADRS
Ezquiaga et al. (1998)	ambulant (N = 90)	unipolare depressive Störung (DSM-III-R)	PS ja/nein (nach DSM-III-R Kriterien, ?)	Pharmakotherapie	————	<ul style="list-style-type: none"> Non-Full-Remission (HAMD > 8) vorhergesagt durch PS (Odds ratio: 11.2) Non-Improvement (HAMD > 18) vorhergesagt durch PS (Odds ratio: 4.7)
Fiorot et al. (1990)	ambulant (N = 38 Frauen, Alter > 55 Jahre)	unipolare depressive Störung (DSM-III)	zwanghafter oder dependenter PK-Typ (T-Wert _{MCMI} > 85), alle anderen PK-typen (T-Wert _{MCMI} < 75) (MCMI)	Eklektische Psychotherapie (supportive Techniken, IPT, KVT)	————	<ul style="list-style-type: none"> Veränderung von t₁ zu t₂ in GAF und 6-Punkt-Likertskala für Depressionsschwere (selbstentwickelt) <ul style="list-style-type: none"> zwanghafter PK-Typ < dependenter PK-Typ
Gorwood et al. (2010)	ambulant (N = 8229)	unipolare depressive Störung (DSM-IV)	Ausprägung der Persönlichkeits-„dysfunktion“ (SAPAS, t ₁)	Psychopharmakologische Behandlung	————	<ul style="list-style-type: none"> Je höher dimensionale Ausprägung in der SAPAS, desto höher HAD-Wert zu t₂
Greenberg et al. (1995)	stationär (N = 45)	unipolare depressive Störung (DIS, Chart review)	PS ja/nein, Cluster B & Cluster C PS, dimensionale Ratings der Cluster A,B,C (PDE, SIDP, ?)	?	————	<ul style="list-style-type: none"> Veränderung von t₁ zu t₂ in MADRS <ol style="list-style-type: none"> PS = keine PS Cluster C PS < keine PS negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl erfüllter Cluster A Kriterien und <ol style="list-style-type: none"> der Abnahme der Symptomatik in MADRS den Recoveryraten (Recovery: MADRS < 12)

Fortsetzung Tabelle 1.1

Autor (Jahr)	Patienten (Anzahl)	Einschluss-diagnose (diagnostisches Verfahren)	Wie wurde PS untersucht? (diagnostisches Verfahren, Zeitpunkt der Diagnose)	Behandlung	Zeitraum der Katamnese	Ergebnis
Grilo et al. (2005)	ambulant & stationär (N = 302)	unipolare depressive Störung (SKID-I)	keine PS, vermeidende PS, zwanghafte PS, schizotype PS, Borderline PS (DIPD-IV + PAF, t ₁)	Naturalistische Behandlung	6, 12, 24 Mo.	<ul style="list-style-type: none"> Zeit bis zur Remission der depressiven Störung (Remission: 8 konsekutive Wochen mit PSR-Rating < 3) <ul style="list-style-type: none"> Zwanghafte PS = keine PS Borderline, vermeidende, schizotype PS > keine PS
Gude & Vaglum (2001)	stationär (N = 108)	Depression, Angststörung, PTBS, Essstörung (SKID-I, Kontrolle für verschiedene Achse I Störungen)	<p>„pure“ Cluster A, „pure“ Cluster B, „pure“ Cluster C, komorbide Cluster C (es wurde nicht „keine PS“ untersucht) (SKID-II, t₁)</p>	Psychodynamische & kognitive Behandlungsstrategien + Antidepressiva bei 30%	1 Jahr	<p><u>Akutbehandlung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Alle 4 PS-Gruppen verbesserten sich während der Behandlung im SCL-90-GSI SCL-90-GSI zu t₂ in allen „puren“ Gruppen gleich, komorbide Cluster C Gruppe: höherer SCL-90-GSI-Werte zu t₂ <p><u>Katamnese</u></p> <ul style="list-style-type: none"> „pure“ Cluster C PS verschlechtern sich im SCL-90-GSI im Katamneseintervall, die anderen nicht
Hardy et al. (1995)	ambulant (N = 114)	unipolare depressive Störung (?)	Cluster C PS ja/nein (PDE, ?)	Psychodynamisch-interpersonelle Therapie oder KVT	3 Mo. & 1 Jahr	<p><u>Akutbehandlung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Cluster C PS = keine Cluster C PS in Veränderung in BDI, SCL-90, SAS von t₁ zu t₂ Cluster C PS = keine Cluster C PS in BDI, SCL-90, PSE, IIP zu t₂ <p><u>Katamnese</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Cluster C PS > keine PS in BDI-, SCL-90-Werte zu t₃
Hart et al. (2001)	Studenten (N = 65)	unipolare depressive Störung (SKID-I)	PS-merkmale (dimensional) (IPDE, ?)	keine Therapie	6, 12, 18 Mo.	<ul style="list-style-type: none"> Cluster B, aber nicht Cluster C Score = Prädiktor für Rückfall

Fortsetzung Tabelle 1.1

Autor (Jahr)	Patienten (Anzahl)	Einschluss-diagnose (diagnostisches Verfahren)	Wie wurde PS untersucht? (diagnostisches Verfahren, Zeitpunkt der Diagnose)	Behandlung	Zeitraum der Katamnese	Ergebnis
Hoffart & Martinsen (1993)	stationär (N = 77)	unipolare depressive Störung (SKID-I)	einzelne PS ja/nein (SKID-II, ?)	Naturalistische Behandlung (psychodynamische Therapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie, 31% Pharmakotherapie)	1 Jahr	<u>Akutbehandlung</u> <ul style="list-style-type: none"> Dependente und paranoide PS: Prädiktor für BDI zu t₂ (Kontrolle für BDI zu t₁) <u>Katamnese</u> <ul style="list-style-type: none"> selbstunsichere PS: Prädiktor für BDI zu t₃
Holma et al. (2008)	ambulant (80%) und stationär (N = 269)	unipolare depressive Störung (SCAN)	PS ja/nein (SKID-II, ?)	Naturalistische Behandlung (Pharmako- und Psychotherapie)	6 Mo., 8 Mo., 5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> PS war kein Prädiktor für Wiedererkrankung im 5-Jahres-Zeitraum
Ilardi et al. (1992)	stationär (N = 50)	unipolare depressive Störung (DIS)	PS ja/nein, PS Cluster, PS-merkmale (dimensional) (PDE, ?)	Pharmakotherapie (auch im Follow-up Intervall)	50 Mo.	<u>Katamnese</u> <ul style="list-style-type: none"> PS > keine PS in BDI-Werte zu t₃ PS = Prädiktor für Rückfall Clusterebene <ul style="list-style-type: none"> Cluster B und C mit einem höheren Rückfallrisiko verbunden Cluster A mit niedrigeren Rückfallrisiko verbunden
Joyce et al. (2003)	ambulant (N = 183)	unipolare depressive Störung (SKID-I)	keine PS vs. Borderline PS vs. andere PS (SKID-II, in den ersten Wochen nach t ₁)	Fluoxetin oder Nortriptylin (+ clinical management)	—	<u>Akutbehandlung</u> <ul style="list-style-type: none"> Abnahme der HAMD₁₇- & MADRS-Werte von t₁ zu t₂ <ul style="list-style-type: none"> Fluoxetin: Borderline PS = keine PS Nortriptylin: Borderline PS < keine PS <u>Katamnese:</u> <ul style="list-style-type: none"> andere PS > Borderline PS = keine PS in MADRS-, HSCL-(total & Depression), SAS-Werte zu t₃

Fortsetzung Tabelle 1.1

Autor (Jahr)	Patienten (Anzahl)	Einschluss-diagnose (diagnostisches Verfahren)	Wie wurde PS untersucht? (diagnostisches Verfahren, Zeitpunkt der Diagnose)	Behandlung	Zeitraum der Katamnese	Ergebnis
Joyce et al. (2007)	ambulant (N = 167)	unipolare depressive Störung (SKID-I)	PS ja/nein (SKID-II, 6 Wo. nach t ₁)	IPT oder KVT	_____	<u>PS ja/nein</u> <ul style="list-style-type: none"> KVT: PS = keine PS in prozentualer Abnahme in MADRS von t₁ nach t₂ IT: PS < keine PS in prozentualer Abnahme in MADRS von t₁ nach t₂ <u>einzelne PS</u> <ul style="list-style-type: none"> vermeidende PS < keine PS in prozentualer Abnahme in MADRS von t₁ nach t₂
Klein et al. (2008)	ambulant (N = 97)	Double Depression (Ersterkrankung < 21 Jahre) (SKID-I)	PS ja/nein (PDE, ?)	Naturalistische Behandlung (Pharmakotherapie, Psychotherapie)	30, 60, 90 & 120 Mo.	<ul style="list-style-type: none"> PS = Prädiktor für HAMD nach 10 Jahren
Maddux et al. (2009)	ambulant (N = 681)	Chronische Depressionen (SKID-I/P)	keine PS, vermeidend-selbstunsichere PS, dependente PS, zwanghafte PS, depressive PS, „leichte“ Borderline PS (SKID-II, t ₁)	Psychopharmakologische Behandlung, CBASP oder Kombination (12 Wo.)	_____	<ul style="list-style-type: none"> kein Unterschied in der HAMD zwischen den Patientengruppen zu t₂
Morse et al. (2004)	ambulant (N = 160)	rezidivierende depressive Störung (?)	Cluster C PS ja/nein (PAF, t ₁)	Pharmakotherapie + IPT	40 Wo.	<u>Akutbehandlung</u> <ul style="list-style-type: none"> Responsezeit: Cluster C PS > keine Cluster C PS <u>Katamnese</u> <ul style="list-style-type: none"> Responseraten in Erhaltungstherapie: Cluster C PS < keine Cluster C PS
Mulder et al. (2003)	ambulant (N = 183)	unipolare depressive Störung (SKID-I)	PS ja/nein (SKID-II, t ₁)	Fluoxetin oder Nortriptylin (+ clinical management)	_____	<ul style="list-style-type: none"> PS = keine PS in Veränderung in HAMD, MADRS von t₁ zu t₂

Fortsetzung Tabelle 1.1

Autor (Jahr)	Patienten (Anzahl)	Einschluss-diagnose (diagnostisches Verfahren)	Wie wurde PS untersucht? (diagnostisches Verfahren, Zeitpunkt der Diagnose)	Behandlung	Zeitraum der Katamnese	Ergebnis
Mulder et al. (2009)	ambulant (N = 195)	unipolare depressive Störung (SKID-I)	Anzahl erfüllter Kriterien innerhalb einer PS (dimensional) (SKID-II, ?)	Pharmakotherapie	1 Jahr	<ul style="list-style-type: none"> Rückfall häufiger, wenn mehr vermeidende und schizotype PS-merkmale kein Zusammenhang zwischen Rückfall und anderen PS-merkmalen nach SKID-II
O'Leary & Costello (2000)	stationär (N = 100)	unipolare depressive Störung (nach ICD-10, F)	PS ja/nein, dimensional (PS wird über Bericht von Verwandten des Patienten erfasst, ?)	?	3, 6, 12 & 18 Mo.	<ul style="list-style-type: none"> mit PS kein höheres Rückfallrisiko, keine längere Behandlungsdauer, aber längere Zeit bis Remission in HAMD
Pfohl et al. (1987)	stationär (N = 78)	depressive Störung (?)	PS ja/nein, dimensionale Betrachtungsweise der SKID-II Konstrukte (SKID-II (1. Therapiewoche) + offenes Interview mit Vertrauten des Patienten, PDQ)	Pharmakotherapie	6 Mo.	<p><u>Akutbehandlung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> PS = keine PS in Veränderung in HAMD von t₁ zu t₂ <p><u>Katamnese</u></p> <ul style="list-style-type: none"> statistischer Trend, dass PS > keine PS in HAMD-Werten nach 6 Mo. Cluster C > Cluster B in HAMD-Werten nach 6 Mo. schlechtestes Ergebnis nach 6 Mo. für die Patienten mit mehreren Kriterien aus mehreren Clustern
Ryder et al. (2010)	ambulant (N = 120)	unipolare depressive Störung (SKID-I/P)	Dimensionale Werte auf den SKID-II Konstrukten (SKID-II Screeningfragebogen, ?)	Pharmakotherapie, KVT oder IPT (16-20 Wo.)	—————	<ul style="list-style-type: none"> Ausprägung depressiver PK-merkmale = Prädiktor für HAMD zu t₂ in IPT (je höher Ausprägung depressiver PK-merkmale, desto höher HAMD-Werte), jedoch nicht in KVT und Pharmakotherapie
Sato et al. (1994)	ambulant (N = 96)	unipolare depressive Störung (SKID-I/P)	PS ja/nein, Cluster A, B, C, 2 PS (SKID-II, > 2 Monate nach t ₁)	Pharmakotherapie	—————	<ul style="list-style-type: none"> Remissionsrate: Cluster A PS < Cluster B PS = Cluster C PS = 2 PS = keine PS (Remission: [1] HAMD < 6, [2] Wiederherstellung der sozialen Funktionsfähigkeit, [3] kein Rückfall innerhalb von 4 Wochen nachdem Kriterium [1] und [2] erfüllt waren

Fortsetzung Tabelle 1.1

Autor (Jahr)	Patienten (Anzahl)	Einschluss-diagnose (diagnostisches Verfahren)	Wie wurde PS untersucht? (diagnostisches Verfahren, Zeitpunkt der Diagnose)	Behandlung	Zeitraum der Katamnese	Ergebnis
Saulsman et al. (2006)	ambulant (N = 119)	unipolare depressive Störung (MINI)	Depressive PS ja/nein Ausprägung depressiver PK-merkmale (MCMI)	Gruppen-KVT für depressive Störungen und Angststörungen	————	<ul style="list-style-type: none"> Ausprägung depressiver PK-merkmale bzw. Vorliegen einer depressiven PS: kein Prädiktor für BDI-Werte zu t₂ (nach Kontrolle für BDI-Werte zu t₁)
Schiavone et al. (2006)	stationär (N = 247)	unipolare depressive Störung (SKID-I/P)	PS ja/nein (SKID-II, in den ersten Behandlungswochen)	Pharmakotherapie + supportive Psychotherapie + Psychomotorthherapie	————	<ul style="list-style-type: none"> PS = keine PS in Veränderung in HAMD, MADRS, SCL-90, SAS von t₁ zu t₂
Schmitz et al. (1996)	stationär (N = 93)	unipolare depressive Störung, Dysthymie (SKID-I)	PS ja/nein (vorwiegend Cluster C PS) (SKID-II, 1. Behandlungswoche)	multiprofessionelle Behandlung in einer psychosomatischen Fachklinik	8 Mo.	<u>Akutbehandlung</u> <ul style="list-style-type: none"> statistischer Trend, dass PS > keine PS in Veränderung in BDI von t₁ zu t₂ PS = keine PS in BDI zu t₂ <u>Katamnese</u> <ul style="list-style-type: none"> PS = keine PS in BDI zu t₃
Shea et al. (1990)	ambulant (N = 239)	unipolare depressive Störung (RDC)	PS ja/nein, PS-Cluster (PAF, t ₁)	1. KVT 2. IPT 3. Imipramin + clinical management 4. Placebo + clinical management	————	<u>KVT</u> <ul style="list-style-type: none"> PS = keine PS in HAMD, SCL-90-Depression zu t₂ <u>andere Therapien</u> <ul style="list-style-type: none"> PS > keine PS in HAMD-, SCL-90-Depression zu t₂
Szadoczky et al. (2004)	stationär (N = 117)	unipolare depressive Störung (?)	PS ja/nein (semistrukturiertes Interview basierend auf den DSM-IV Kriterien, t ₁)	Pharmakotherapie (6 Wo., 74% auch während Follow-up)	24 Mo.	<ul style="list-style-type: none"> PS (hauptsächlich Cluster C) und ängstliche PK-merkmale = Prädiktor für Non-Remission (< 2 Monate symptomfrei in 2 Jahren)
Thompson et al. (1987)	ambulant (N = 79)	unipolare depressive Störung (RDC)	PS ja/nein, einzelne PS (SKID-II, t ₂)	1. KT 2. VT 3. kurze psychodynamische Therapie	————	<ul style="list-style-type: none"> Häufigkeit der Patienten mit einer (möglichen) MDD zu t₂: <ol style="list-style-type: none"> PS > keine PS zwanghafte PS & negativistische PS > selbstunsichere & dependente PS

Fortsetzung Tabelle 1.1

Autor (Jahr)	Patienten (Anzahl)	Einschluss-diagnose (diagnostisches Verfahren)	Wie wurde PS untersucht? (diagnostisches Verfahren, Zeitpunkt der Diagnose)	Behandlung	Zeitraum der Katamnese	Ergebnis
van den Hout et al. (2006)	stationär (N=40)	unipolare depressive Störung (offenes klinisches Interview)	PS ja/nein (offenes klinisches Interview, t ₁)	KVT + Pharmakotherapie + IPT + Familientherapie	—	<ul style="list-style-type: none"> Trend, dass PS < keine PS in Veränderung in SCL-90 (total, Depression) von t₁ zu t₂ PS = keine PS in SCL-90-Depression zu t₂ weniger Patienten mit PS erreichen klinisch bedeutsame Verbesserung in SCL-90-Depression
Viinamäki et al. (2002)	ambulant (N=175)	unipolare depressive Störung (SKID-I)	Cluster C PS vs. keine PS (SKID-II (nach 6 Mo.))	Pharmakotherapie + clinical management	—	<ul style="list-style-type: none"> Cluster C PS > keine PS in BDI-, HAMD-, SCL-90-Werten zu t₂
Viinamäki et al. (2003)	ambulant (N=90)	unipolare depressive Störung (SKID-I)	keine PS vs. Cluster C PS (Patienten mit Cluster A und B PS wurden ausgeschlossen) (SKID-II (zum 6-Mo.-Follow-up))	Pharmakotherapie (auch in Follow-up Phase)	6, 12 & 24 Mo.	<ul style="list-style-type: none"> Cluster C PS > keine PS in HAMD-, BDI-, SCL-90 zum 6, 12, 24-Mo.-Follow-up Cluster C PS < keine PS in Recoveryraten nach 24 Mo. (Recovery: Patient erfüllt zum 24.-Mo.-Follow-up die Kriterien für eine MDD nach DSM-III-R nicht mehr)
Viinamäki et al. (2006)	ambulant (N=137)	unipolare depressive Störung (SKID-I)	PS ja/nein (SKID-II (nach 6 Mo.))	Pharmakotherapie (auch in Follow-up)	24 Mo.	<ul style="list-style-type: none"> PS < keine PS in Recoveryraten nach 24 Mo. (Recovery: Patient erfüllt zum 6.- & 24-Mo.-Follow-up die Kriterien für eine MDD nach DSM-III-R nicht mehr)

Anmerkungen. **BDI:** Beck Depressionsinventar. **CBASP:** Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. **CDRS:** Coronell Dysthymia Rating Scale. **DIPD-IV:** Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders. **DIS:** Diagnostic Interview Schedule. **DSM-III / IV:** Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (3. / 4. Version). **GAF:** Global Assessment of Functioning Scale. **HAD:** Hospital Anxiety and Depression Scale. **HAMD:** Hamilton Depressionsskala. **HSCL:** Hopkins Symptom Checklist. **ICD-10 (F):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. **IIP:** Inventory of Interpersonal Problems. **IPDE:** International Personality Disorder Examination. **IPT:** Interpersonelle Therapie. **KT:** Kognitive Therapie. **KVT:** Kognitive Verhaltenstherapie. **MADRS:** Montgomery Asberg Depression Rating Scale. **MCMI:** Millon Clinical Multiaxial Inventory. **MDD:** Major depressive disorder. **MINI:** Mini National Neuropsychiatric Interview. **Mo.:** Monat(e). **PAF:** Personality Assessment Form. **PDE:** Personality Disorder Examination. **PDQ:** Personality Diagnostic Questionnaire. **PK:** Persönlichkeit. **PS:** Persönlichkeitsstörung. **PSE:** Present State Examination. **PSR:** Psychiatric Status Rating (Longitudinal Interval Follow-up Evaluation). **RDC:** Research Diagnostic Criteria. **SAS:** Social Adjustment Scale. **SAPAS:** Standardised Assessment of Personality – Abbreviated Scale. **SCAN:** Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. **SCL-90 (GSI):** Symptom Checklist-90 (Global Severity Index). **SIDP:** Structured Interview for Disorders of Personality. **SKID-I/P:** Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse I / Patientenversion. **SKID-II:** Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen. **SSRI:** Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer. **TRAQ:** Treatment Response to Antidepressants Questionnaire. **t₁:** Behandlungsbeginn. **t₂:** Behandlungsende. **t₃:** Katamnesezeitpunkt. **VT:** Verhaltenstherapie. **Wo.:** Woche(n). **?:** keine Angaben.

2 Methode

In diesem Kapitel werden das Design und die Durchführung der Studie erläutert, sowie die verwendeten Inventare und die durchgeführten statistischen Verfahren beschrieben.

2.1 Design und Durchführung der Studie

Im Rahmen eines Messwiederholungsdesigns wurde eine anfallende Stichprobe von Patienten mit einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung als das im Vordergrund stehende Störungsbild anhand ausgewählter Inventare zur Erfassung der allgemeinen und störungsspezifischen Psychopathologie zu Beginn (t_1) und nach Abschluss (t_2) einer stationären Depressionsbehandlung sowie ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt (t_3) untersucht.

Neben der Überprüfung des Zusammenhangs von Persönlichkeitsstörungen bzw. maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen mit dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen wurden innerhalb des Forschungsprojektes weitere Fragestellungen untersucht. Ein wesentlicher Schwerpunkt lag hierbei auf der Forschungsfrage, ob zusätzlich zur stationären Standardbehandlung durchgeführte kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapien die Wirksamkeit der Depressionsbehandlung gegenüber der Standardbehandlung allein erhöhen. Aus diesem Grund wurden in sequentiell Design die folgenden drei Patientengruppen untersucht: (1) eine Patientengruppe, welche die routinemäßig in den Kliniken im TWW durchgeführte psychiatrisch-multiprofessionelle Standardtherapie bei unipolaren Depressionen erhielt, (2) eine Patientengruppe, die zusätzlich zur Standardbehandlung an einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie der Depression nach Hautzinger (2003) teilnahm und (3) eine Patientengruppe, die zusätzlich zur Standardbehandlung an einer zieloffenen verhaltenstherapeutischen Problemlösegruppe nach Sipos und Schweiger (2003) teilnahm (siehe hierzu Hoffmann, 2010).

2.1.1 Depressionsbehandlung in den Kliniken im TWW

In der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Kliniken im TWW, die einen regionalen Versorgungsauftrag für den Berliner Bezirk Steglitz-Zehlendorf hat, stehen 170 stationäre Betten zur Akutbehandlung psychisch erkrankter Patienten zu Verfügung. Die Abteilung besteht aus vier allgemeinpsychiatrischen offenen Stationen, wobei eine dieser Stationen Wahlleistungspatienten vorbehalten ist, einer gerontopsychiatrischen Station sowie zwei akutpsychiatrischen geschlossenen Einheiten für Patienten mit Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen. Mit Ausnahme einer der allgemeinpsychiatrisch offenen Stationen, haben alle Stationen einen verhaltenstherapeutischen Psychotherapieschwerpunkt.

Das therapeutische Konzept der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Kliniken im TWW orientierte sich im Untersuchungszeitraum an den Empfehlungen der

Behandlungsleitlinie für affektive Erkrankungen (DGPPN, 2001)⁵. Hierbei wurden im Rahmen eines individuell auf den jeweiligen Patienten angepassten multimodalen Therapieansatzes organische, psychologische und soziale Faktoren in den therapeutischen Prozess eingebunden. Auf dieser Grundlage wurde die Entscheidung, welcher Patient an welchen Therapien teilnimmt, im multiprofessionellen Behandlungsteam und in Absprache mit dem Patienten getroffen.

Zum Standardbehandlungsprogramm bei unipolaren Depressionen in den Kliniken im TWW gehören die antidepressive Medikation, ärztliche Visiten, Stationsgruppen und soziotherapeutische Angebote des Pflegepersonals (z.B. Stationsausflüge). Je nach Indikation, die vom multiprofessionellen Behandlungsteam überprüft wird, werden darüber hinaus kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzelgespräche durchgeführt und/oder die Teilnahme an Ergo-, Gestaltungs-, Tanz- und Musiktherapie, Entspannungsgruppen, physio- und sporttherapeutischen Maßnahmen sowie Sucht- und Angstbewältigungsgruppen angeboten. In Übereinstimmung mit den Behandlungsempfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie für unipolare Depression (DGPPN, 2009b) hat in den Kliniken im TWW die Behandlung einer akuten depressiven Episode Vorrang vor der Behandlung von Symptomen komorbider Persönlichkeitsstörungen, da depressive Symptome wie akute Suizidalität, Konzentrationsstörungen oder Antriebslosigkeit die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen behindern können.

Im Rahmen des Forschungsprojektes, in das die vorliegende Arbeit eingebettet war, nahm ein Teil der Patienten über die Standardbehandlung hinaus entweder an der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie der Depression nach Hautzinger (2003) oder der zieloffenen verhaltenstherapeutischen Problemlösegruppe nach Sipos und Schweiger (2003) teil. Eine detaillierte Beschreibung der beiden Gruppenkonzepte findet sich bei Hoffmann (2010).

2.1.2 Rekrutierung der Patientenstichprobe sowie Ein- und Ausschlusskriterien

Die Rekrutierung der Patienten für die Untersuchung fand von Oktober 2005 bis Juni 2007 auf den allgemeinpsychiatrisch-offenen Stationen (inklusive gerontopsychiatrischer Station) mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt (im Gegensatz zur Station mit tiefenpsychologischem Psychotherapieschwerpunkt) statt. In diesem Zeitraum wurden alle auf diese Stationen aufgenommenen Patienten innerhalb der ersten drei Tage ihres Klinikaufenthaltes von ihrem behandelnden Arzt anhand der Internationalen Diagnosen Checkliste für ICD-10 für depressive Episoden (IDCL; Hiller, Zaudig & Mombour, 1995) untersucht. Wenn eine depressive Episode oder eine rezidivierende depressive Störung als das im Vordergrund stehende Krankheitsbild diagnostiziert worden war, wurde der Patient zur möglichen Teilnahme an der Untersuchung angemeldet. Darauf-

⁵ Aktuelle Weiterentwicklung: Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (S3 Leitlinie; DGPPN, 2009b).

hin wurde die Eignung des Patienten zur Studienteilnahme unter Berücksichtigung der folgenden Ein- und Ausschlusskriterien durch die leitende Psychologin der Klinik beurteilt:

Einschlusskriterien:

- (1) Vorliegen einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung als das aktuell im Vordergrund stehende Störungsbild (IDCL für depressive Episoden, Hiller et al., 1995),
- (2) Mindestalter von 18 Jahren,
- (3) für die Beantwortung der Fragebögen und die Teilnahme an den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache (Einschätzung der leitenden Psychologin).

Ausschlusskriterien:

- (1) ICD-10 F20 - F29 - Diagnosen (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) in der Vorgeschichte⁶ (Patientenakte),
- (2) akute Substanzentzugssymptomatik (Patientenakte),
- (3) Intelligenzminderung (ICD-10 F7-Diagnose; Patientenakte),
- (4) eingeschränkte Gruppenfähigkeit (z.B. keine Absprachefähigkeit bei akuter Suizidalität, starke Konzentrations- und Denkstörungen; Einschätzung der leitenden Psychologin).

Die Patienten wurden durch die leitende Psychologin über die Studie aufgeklärt und ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Erhebung, inklusive der 1-Jahres-Katamnese, wurde eingeholt. Patienten wurden im Laufe des stationären Aufenthaltes aus der Studie ausgeschlossen, wenn folgende Kriterien vorlagen:

- (1) stationäre psychiatrische Behandlungsdauer < 21 Tage, da eine dreiwöchige Behandlung als notwendige Mindestzeit für das Ansprechen auf eine antidepressive Behandlung gilt (Newton-Howes et al., 2006),
- (2) Teilnahme an weniger als sechs der acht Termine der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie der Depression nach Hautzinger (2003) bzw. der zieloffenen verhaltenstherapeutischen Problemlösegruppe nach Sipos und Schweiger (2003),
- (3) Ablehnung der Teilnahme am SKID-II-Interview oder am Messzeitpunkt t_2 .

⁶ Ausnahme: ICD-10 F21-Diagnose (Schizotype Störung). Diese entspricht der Diagnose einer schizotypen Persönlichkeitsstörung auf der Achse II des DSM-IV.

2.1.3 Ablauf der Datenerhebung

Im Folgenden wird der Ablauf der Datenerhebung, der in der Abbildung 2.1 (S. 40) zusammengefasst ist, beschrieben. Die eingesetzten Fragebögen und Interviewleitfäden sind im Anhang D (S. 220 ff.) abgebildet.

Erster Messzeitpunkt (t_1)

Nach Anmeldung und Feststellung der Eignung eines Patienten zur Teilnahme an der Untersuchung sowie dem Einholen des Einverständnisses zur Studienteilnahme wurden innerhalb der ersten sieben Tage des stationären Aufenthaltes die folgenden Verfahren vom behandelnden Arzt durchgeführt:

- die **Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus** (GAF; American Psychiatric Association [APA], 2000; dt. Version von Saß et al., 2003) zur Beurteilung der allgemeinen Funktionsfähigkeit des Patienten und
- die **Clinical Global Impression Scale** (CGI; National Institute of Mental Health [NIMH], 1976; dt. Version vom Collegium Internationale Psychiatricum Scalarum [CIPS], 1996) zur Beurteilung des globalen Schweregrades der Störung.

Die leitende Psychologin beurteilte innerhalb der ersten sieben Tage des stationären Aufenthaltes die Depressionsausprägung anhand der 17-Item-Version der **Hamilton Depressionsskala** (HAMD₁₇; Hamilton, 1960; dt. Version vom CIPS, 1996). Danach wurden die Patienten gebeten, folgende Selbstbeurteilungsinventare auszufüllen:

- das **Beck Depressionsinventar** (BDI; Beck & Steer, 1987; dt. Version von Hautzinger, Bailer, Worall & Keller 1995) und die **Allgemeine Depressionsskala** (ADS; Radloff, 1977; dt. Version von Hautzinger & Bailer, 1993) zur Erfassung der Depressionsschwere,
- das **Brief Symptom Inventory** (BSI; Derogatis, 1993; dt. Version von Franke, 2000) zur Erfassung der psychischen Gesamtbelastung,
- den **Fragebogen zum Gesundheitszustand Short Form 12** (SF12; Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993; dt. Version von Bullinger & Kirchberger, 1998) zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität,
- die **Skala dysfunktionaler Einstellungen** (DAS; Weissman & Beck, 1987; dt. Version von Hautzinger, Joormann & Keller, 2005) zur Erhebung dysfunktionaler Kognitionen und Einstellungen sowie
- den Screeningfragebogen des **Strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen** (SKID-II; First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1996; dt. erweiterte Version, Fydrich et al., 1997).

Die Nachexploration mit dem SKID-II-Interview wurde frühestens Ende der dritten Woche des stationären Aufenthaltes durchgeführt, um das Risiko einer Konfundierung der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik mit der depressiven Symptomatik zu reduzieren (siehe hierzu Kapitel 2.1.4, S. 40).

Soziodemographische Daten wurden anhand einer in den Kliniken im TWW entwickelten Checkliste erhoben. Informationen über die während des stationären Aufenthaltes erhaltenen Behandlungen sowie über komorbide Achse I Diagnosen wurden aus den Patientenakten sowie den ärztlichen und psychologischen Epikrisen entnommen.

Zweiter Messzeitpunkt (t_2)

In den letzten vier Tagen vor Entlassung eines Patienten aus der Klinik wurden zum Zwecke der Veränderungsmessung folgende Inventare erneut eingesetzt: GAF und CGI durch den behandelnden Arzt, HAMD₁₇ durch die leitende Psychologin sowie BDI, ADS, BSI, DAS und SF12 durch den Patienten.

Der Entlassungszeitpunkt wurde zwischen dem Behandlungsteam und dem Patienten individuell vereinbart, nachdem nach deutlicher Symptomreduktion und trotz zunehmender Konfrontation mit dem Alltagsleben im Rahmen von Belastungsurlauben eine kognitive und affektive Stabilität sichergestellt werden konnte. Gegebenenfalls wurde im Anschluss an den Klinikaufenthalt eine Behandlung in der Tagesklinik, eine Weitervermittlung an einen ambulanten Psychotherapeuten oder die Anbindung an die Psychotherapeutische Institutsambulanz sowie die Teilnahme an psychotherapeutischen Gruppen im nachstationären Projekt der Kliniken im TWW angebahnt.

Dritter Datenerhebungszeitpunkt (t_3)

Ein Jahr nach Entlassung aus der Klinik wurden das BDI, das BSI und der SF12 sowie ein Fragebogen zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen im ersten Jahr nach Klinikaufenthalt postalisch an die Studienteilnehmer versandt. Nachdem die Fragebögen ausgefüllt zurückgesandt worden waren, wurden die Patienten von der Autorin telefonisch kontaktiert. Am Telefon wurde die HAMD₁₇ durchgeführt. Weiterhin wurde, wenn der Patient die Screeningfrage nach dem Vorliegen depressiver Symptome im ersten poststationären Jahr bejaht hatte⁷, anhand der IDCL für depressive Episoden erfasst, ob der Patient im Katamnesezeitraum mindestens einmal die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt hatte. Über dies hinaus wurden Informationen über die aktuelle psychopharmakologische Medikation erfragt. Nach Abschluss der postalischen und telefonischen Follow-up-Untersuchung erhielten die Patienten als Dankeschön einen Hugendubel-Gutschein im Wert von 20 Euro.

⁷ Screeningfrage: „Hatten Sie im letzten Jahr eine Phase, in der Sie sich mindestens zwei Wochen lang jeden Tag niedergeschlagen und bedrückt fühlten, antriebslos waren oder das Interesse an Dingen und Aktivitäten verloren hatten, die Ihnen sonst Freude machten?“

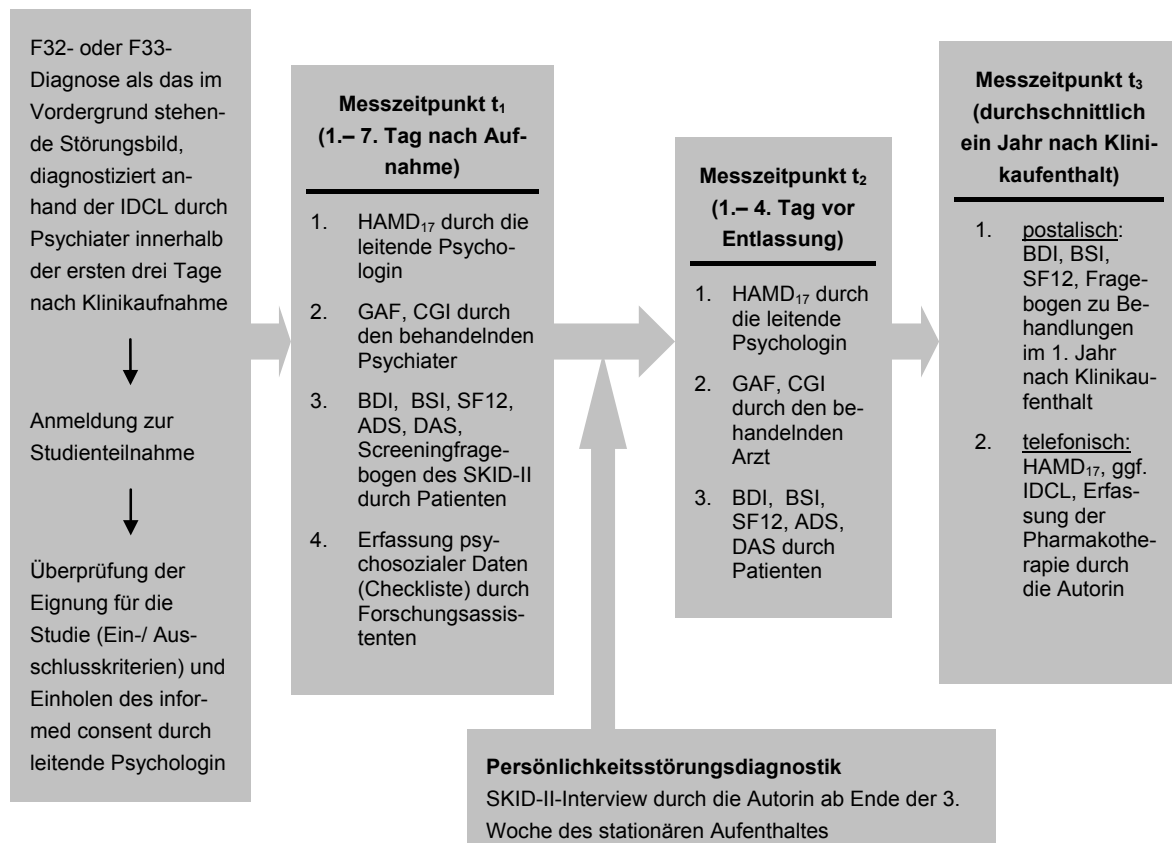


Abbildung 2.1 *Ablauf der Datenerhebung*

Anmerkungen. **ADS:** Allgemeine Depressionsskala. **BDI:** Beck Depression Inventory. **BSI:** Brief Symptom Inventory. **CGI:** Clinical Global Impression Scale. **DAS:** Skala dysfunktionaler Einstellungen. **GAF:** Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus. **HAMD₁₇:** 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **IDCL:** Internationale Diagnosen Checkliste für depressive Episoden. **SF12:** Gesundheitsfragebogen Short Form 12. **SKID-II:** Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen.

In dieser Arbeit wurden diejenigen Inventare in die Datenauswertung einbezogen, die zu allen drei Messzeitpunkten eingesetzt worden waren: **BDI, BSI, HAMD₁₇** und **SF12**.

2.1.4 Die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen und Ausprägungen von Persönlichkeitsfaktoren anhand des SKID-II

Auf der Grundlage der Ergebnisse des SKID-II-Screeningfragebogens, den die Patienten zu Behandlungsbeginn beantwortet hatten, untersuchte die Autorin ab dem Ende der dritten Woche des stationären Aufenthaltes das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen anhand des SKID-II-Interviews. Mit der Entscheidung, das Interview nicht bereits zu Behandlungsbeginn durchzuführen, sollte das Risiko einer Konfundierung der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik mit der akuten depressiven Symptomatik reduziert werden (Fydrich et al., 1997).

In der vorliegenden Studie wurde neben der kategorialen Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen auch ein dimensionaler Untersuchungsansatz zur Erfassung maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale gewählt. Der Ansatz basiert auf einem Vorschlag von Fydrich, Schmitz, Hennrich et al. (1996) für die dimensionale Beurteilung der diagnostischen Konzepte des DSM-IV im Sinne von Ausprägungsgraden der Persönlichkeitsfaktoren

(statt Persönlichkeitsstörungen) anhand des SKID-II. Hierbei wurden, sobald ein Patient den Cutoff-Wert für eine Persönlichkeitsstörung im SKID-II-Screeningfragebogen erreicht hatte, alle Kriterien dieser Persönlichkeitsstörung im Interview auf ihre klinische Bedeutsamkeit hin untersucht. Hierbei standen folgende Beurteilungskategorien zur Verfügung: *Kriterium nicht erfüllt* (= 1), *Kriterium unterschwellig erfüllt* (= 2), *Kriterium klinisch relevant* (= 3) und *Informationen nicht ausreichend* (= ?; in diesem Fall wurde die Beurteilungskategorie „1“ vergeben). Daraufhin wurde der Summenwert aller Kriterien der Persönlichkeitsstörung gebildet (dimensionaler SKID-II-Score) und im Sinne der Ausprägung dieses Persönlichkeitsfaktor interpretiert.

So wurden zum Beispiel bei einem Patienten, der im Screeningfragebogen die Cutoff-Werte für die zwanghafte und die Borderline Persönlichkeitsstörung erreicht hatte, alle Kriterien dieser beiden Persönlichkeitsstörungen im Interview nachexploriert, der Summenwert der Kriterien je Persönlichkeitsstörung gebildet und im Sinne eines Ausprägungsgrades auf den Persönlichkeitsdimensionen „Zwanghaftigkeit“ und „Borderline“ interpretiert. Wie der Auswertebogen in der Abbildung 2.2 zeigt, betrug bei dem Beispielpatienten der dimensionale Wert für den Persönlichkeitsfaktor „Zwanghaftigkeit“ 13 (möglicher Range: 8 - 24) und für „Borderline“ 21 (möglicher Range: 9 - 27). Damit weist der Patient eine leichte bis moderate Ausprägung auf dem Faktor „Zwanghaftigkeit“ und eine hohe Ausprägung auf dem Faktor „Borderline“ auf. Weiterhin wurde im Patientenbeispiel in der Abbildung 2.2 die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung vergeben, da fünf der neun Kriterien dieser Persönlichkeitsstörung im klinischen Interview klinisch relevant ausgeprägt waren.

Persönlichkeits- störung	Cut- off	FB- Score	Nachexploration der Bedeutsamkeit der Kriterien im klinischen Interview										Cut- off	Dimen- sionaler Score	Diagnose?		
			Kriterium														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
Selbstunsichere	4	3								X	X	X	4/7	13	Nein		
Dependente	5	4									X	X	5/8				
Zwanghafte	4	6	3	3	1	1	2	1	1	1	X	X	4/8				
Negativistische	4	2								X	X	X	4/7				
Depressive	5	4								X	X	X	5/7				
Paranoide	4	3								X	X	X	4/7				
Schizotypische	5	1										X	5/9				
Schizoide	4	1								X	X	X	4/7				
Histrionische	5	4									X	X	5/8				
Narzisstische	5	3										X	5/9	21	Ja		
Borderline	5	6	3	1	2	3	3	3	2	1	3	X	5/9				
Antisozial (1-10)	3	X											X			X	X
Antisozial (10-15)		0						X	X	X	X	X	3/15			X	X
Antisoziale										X	X	X	3/7				

Abbildung 2.2 Beispiel eines SKID-II-Auswertungsbogens für einen Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung und dimensional Werten für die Persönlichkeitsfaktoren „Zwanghaftigkeit“ und „Borderline“

2.1.5 Anwendertrainings

Im Folgenden wird das Vorgehen bei den Anwendertrainings für die diagnostischen Interviews und Fremdbeurteilungsinventare beschrieben.

2.1.5.1 IDCL für depressive Episoden, GAF und CGI

Die behandelnden Psychiater wurden von der leitenden Psychologin der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Kliniken im TWW im Rahmen einer zweistündigen klinikinternen Fortbildungsveranstaltung in der Durchführung der IDCL für depressive Episoden, der GAF sowie der CGI geschult. Nach der ersten Durchführung der Inventare fand eine Supervision des behandelnden Psychiaters mit der leitenden Psychologin statt, in der der behandelnde Psychiater vom Patienten und dessen Erkrankung und Symptomatik berichtete und die Diagnose nach IDCL sowie sein CGI- und GAF-Rating begründete. Schwierigkeiten beim Einsatz der Inventare wurden besprochen und falls notwendig wurden Änderungen der Ratings durch die leitende Psychologin vorgenommen. Die behandelnden Psychiater wurden angehalten, sich während des gesamten Untersuchungszeitraums bei Fragen und Unklarheiten bezüglich der Durchführung der Studieninventare an die leitende Psychologin zu wenden.

2.1.5.2 SKID-II und HAMD₁₇

Das SKID-II-Interview und das HAMD₁₇-Interview zum Katamnesezeitpunkt wurden durch die Autorin durchgeführt. Anwendertrainings für das SKID-II und die HAMD sowie die Supervision der Durchführung erfolgten durch die leitende Psychologin. Hierzu fand zunächst eine theoretische Einführung zum SKID-II sowie zur HAMD statt. Daraufhin wurde die Durchführung des SKID-II-Interviews und der HAMD₁₇ im Rollenspiel trainiert. Über dies hinaus wurden die ersten zwei SKID-II-Interviews auf Video aufgezeichnet und durch die leitende Psychologin supervidiert. Schwierigkeiten bei der Interviewdurchführung wurden besprochen, Rückmeldungen gegeben und gegebenenfalls Änderungen der Persönlichkeitsstörungsdiagnosen durch die leitende Psychologin vorgenommen.

2.2 Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden diejenigen diagnostischen Interviews, Fremdbeurteilungsinventare und Fragebögen der Gesamtstudie vorgestellt, die in dieser Arbeit Verwendung fanden. Nach Stieglitz und Baumann (1994) soll die Diagnostik psychischer Störungen einem multimodalen Ansatz folgen. Aus diesem Grund wurde in der vorliegenden Untersuchung die Depressionsschwere sowohl anhand des Selbstbeurteilungsinventars BDI als auch anhand des Fremdbeurteilungsinventars HAMD₁₇ erfasst. Die beiden Instrumente wurden gewählt, da sie international als Standardverfahren zur Erfassung der Depressivität gelten (CIPS, 2005), gute psychometrische Qualitäten aufweisen (CIPS, 2005; Potts, Daniels, Burnam & Wells, 1990; Richter, Werner & Bastine, 1994; Yin & Fan, 2000) und sich hinsichtlich der erfassten Depressionssymptome ergänzen. In der

HAMD liegt der Schwerpunkt auf den somatischen Depressionssymptomen. Das BDI hingegen erfasst hauptsächlich die affektive und vor allem die kognitive Depressionssymptomatik (CIPS, 2005) und bildet damit eine ideale Ergänzung zur HAMD.

Über die Erfassung der Depressionsschwere hinaus wurden als weitere Kriterien für den Therapieerfolg die psychische Gesamtbelastung anhand des *Global Severity Index* des BSI (BSI-GSI) sowie die psychische und körperliche gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand der Skalen *Psychische Gesundheit* (PSF12) und *Körperliche Gesundheit* (KSF12) des SF12 erhoben. Zur standardisierten Diagnostik der unipolaren depressiven Störung wurde die IDCL für depressive Episoden eingesetzt. Zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen wurde das SKID-II verwendet. Die eingesetzten Inventare sind im Anhang D (S. 220 ff.) zusammengestellt und werden im Folgenden beschrieben.

2.2.1 Die Internationalen Diagnosen Checklisten für ICD-10 (IDCL)

Die IDCL (Hiller et al., 1995) sind Checklisten für die Diagnosen der wichtigsten und am häufigsten vorkommenden psychischen Störungen nach ICD-10 (Dilling et al., 1993). Sie dienen als Explorationsleitfaden im diagnostischen Gespräch und ermöglichen es Diagnostikern, die psychischen Störungen in systematischer Form zu untersuchen. In den IDCL sind die Einzelsymptome einer Störung und weitere relevante Kriterien wie die Symptombdauer und die Ausschlusskriterien aufgelistet (Hiller, 2005). In der vorliegenden Studie wurde die IDCL für depressive Episoden eingesetzt.

Hiller et al. (1994, zitiert nach Hiller, 2005) untersuchten die Interraterübereinstimmung für die Diagnosen *Depressive Episode* und *Rezidivierende depressive Störung*, die anhand der IDCL getroffen wurden. Die Autoren stellten eine Beurteilerübereinstimmung von $\kappa = .70 - .72$ fest. Diese Werte entsprechen den Beurteilerübereinstimmungen, die auch für strukturierte Interviews berichtet werden (Hiller, 2005). Eine ausführliche Darstellung der IDCL und ihrer Gütekriterien kann bei Hiller (2005) nachgelesen werden.

2.2.2 Die Hamilton Depressionsskala (HAMD)

Die HAMD (Hamilton, 1960; dt. Version von CIPS, 1996) ist das international am weitesten verbreitete klinische Interview zur Fremdbeurteilung der Depressionsschwere. Sie gilt als das Standardinstrument zur Evaluation des Therapieerfolges bei psychopharmakologischen Behandlungen. Die Skala enthält 21 Symptomkomplexe depressiver Symptomatik. Es wird empfohlen, nur die ersten 17 dieser 21 Items zu einem den Schweregrad der Depression kennzeichnenden Wert zusammenzufassen. Zur Beurteilung der Symptombeschwere stehen dem Diagnostiker drei- bzw. fünfstufige Ratingskalen zur Verfügung. Der Beurteilungszeitraum schließt die dem Interview vorangegangene Woche ein (CIPS, 2005). In dem Projekt in den Kliniken im TWW wurde die 17-Item-Version der HAMD (HAMD₁₇) anhand des strukturierten Interviewleitfadens nach Willi-

ams (1988) in einer Übersetzung der leitenden Psychologin der Kliniken im TWW verwendet.

Maier et al. (1988, zitiert nach CIPS, 2005) stellten für die HAMD₁₇ eine Beurteilerübereinstimmung von $\kappa = .70$ fest und Potts et al. (1990) berechneten eine Retestreliabilität von $r_{tt} = .65$. Inhaltlich wird die HAMD wegen fraglicher Repräsentativität und eingeschränkter Bandbreite der abgebildeten depressiven Symptome kritisiert. Es überwiegen somatische Depressionssymptome, während affektive und besonders kognitive Symptome vernachlässigt werden. Über dies hinaus gilt die diskriminante Validität der HAMD als eingeschränkt. Durch die Items zur Erfassung von Angstsymptomen liegen die Korrelationen der HAMD mit Selbstbeurteilungsverfahren der Schwere der Angstsymptome im Bereich der Korrelationen mit Fragebögen zur Depressionsschwere. Die HAMD hat sich in verschiedenen psychopharmakologischen Studien als behandlingssensitiv erwiesen (CIPS, 2005). Für detaillierte Informationen über die HAMD und ihre psychometrischen Eigenschaften wird auf die Arbeit von Kobak (2004) verwiesen.

2.2.3 Das Beck Depressionsinventar (BDI)

Das BDI (Beck & Steer, 1987; dt. Version von Hautzinger et al., 1995) ist eines der am weitesten verbreiteten Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung der Depressionsschwere (CIPS, 2005). Es gilt international als das Standardverfahren zur Bewertung psychotherapeutischer Interventionen bei depressiven Störungen. Der Fragebogen enthält 21 Items, anhand derer sechs der neun Kriterien für depressive Episoden nach DSM-IV abgebildet werden (Richter et al., 1994). Dabei wird der Schwerpunkt auf die kognitive Symptomatik gelegt, während motorische Symptome der Depression weitgehend fehlen und Angstsymptome gar nicht enthalten sind. Das BDI erfasst das Ausmaß der Belastung durch die erfassten Symptome in der zurückliegenden Woche (CIPS, 2005).

Yin und Fan (2000) integrierten die Retestreliabilitätskoeffizienten verschiedener Studien und ermittelten eine durchschnittliche Retestreliabilität über verschiedene Zeiträume von $r_{tt} = .72$. Das BDI hat sich in verschiedenen, vor allem psychotherapeutischen Studien als behandlingssensitiv erwiesen (CIPS, 2005). Für nähere Angaben zu den Gütekriterien des BDI wird auf die Arbeit von Richter et al. (1994) verwiesen.

2.2.4 Das Brief Symptom Inventory (BSI)

Das BSI (Derogatis, 1993; dt. Version von Franke, 2000) ist die Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R (Derogatis, 1977; dt. Version von Franke, 1995). Es ist ein mehrdimensionales Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des psychischen Symptombildes, das aus einer Liste von 53 Symptomen besteht. Die Patienten werden gebeten, auf einer fünf-stufigen Ratingskala von *überhaupt nicht* bis *sehr stark* einzuschätzen, wie sehr sie sich in der vergangenen Woche durch das jeweilige Symptom beeinträchtigt gefühlt haben. Die Antworten können zu neun klinischen Skalen (Somatisie-

rung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität & Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus) zusammengefasst werden. Weiterhin können globale Kennwerte zur Charakterisierung des Ausmaßes der psychischen Beeinträchtigung gebildet werden. Hierzu gehört der *Global Severity Index*, der als Maß der psychischen Gesamtbelastung gilt. Er entspricht der durch die Anzahl der Items dividierten Summe aller Itemantworten (CIPS, 2005).

Für den *Global Severity Index* beträgt die Retestreliabilität für gesunde Erwachsene $r_{tt} = .90 - .93$ (Franke, 2000). Die Konstruktvalidität der deutschen Version des BSI ist noch nicht hinreichend untersucht. Insgesamt liefern faktorenanalytische Befunde jedoch Argumente für eine valide Verwendung der globalen Kennwerte des BSI. Der Interpretation der neun klinischen Skalenwerte sollte hingegen mit Vorsicht begegnet werden. Bezüglich der Behandlungssensitivität gibt es Erfahrungen mit der Langform SCL-90-R, welche die Behandlungssensitivität dieses Fragebogens belegen. Entsprechende Befunde für den BSI stehen noch aus. Der *Global Severity Index* des BSI dürfte jedoch geeignet sein, um subjektive Behandlungseffekte aufzuzeigen (CIPS, 2005). Für nähere Angaben zu den Gütekriterien des BSI wird auf das Testmanual (Franke, 2000) verwiesen.

2.2.5 Der Fragebogen zum Gesundheitszustand Short Form 12 (SF12)

Der SF12 (Ware et al., 1993; dt. Version von Bullinger & Kirchberger, 1998) ist die 12 Items umfassende Kurzform des Fragebogens zum Gesundheitszustand Short Form 36 (SF36; dt. Version von Bullinger & Kirchberger, 1998). Er ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Messung psychischer und körperlicher Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In Evaluationsstudien kann der SF12 als krankheitsübergreifendes Instrument ergänzend zu krankheitsspezifischen Verfahren eingesetzt werden. Speziell bei psychiatrischen Erkrankungen sind die Erfahrungen mit der deutschen Version des SF12 jedoch noch begrenzt (CIPS, 2005). Mit dem SF12 können zwei globale Kennwerte - *Psychische Gesundheit* (PSF12) und *Körperliche Gesundheit* (KSF12) - bezogen auf die zurückliegende Woche erhoben werden (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Gütekriterien für den SF12 liegen nur in geringem Umfang vor. Kuhl, Farin und Foltert (2004) berichten, dass die Retestreliabilitäten für die Skala *KSF12* um $r_{tt} = .80$ und für die Skala *PSF12* um $r_{tt} = .75$ liegen. Anhand des SF12 können ca. 90 % der Varianz der globalen Kennwerte des SF36 reproduziert werden. Daher stellt der SF12 eine ökonomische Alternative zur Bestimmung des Ausmaßes der subjektiven körperlichen und psychischen Gesundheit dar (Bullinger & Kirchberger, 1998). Für nähere Informationen über den SF12 wird auf das Testhandbuch (Bullinger & Kirchberger, 1998) verwiesen.

2.2.6 Das Strukturierte klinische Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)

Das SKID-II (First et al., 1996; dt., erweiterte Version von Fydrich et al., 1997) ist ein halbstrukturiertes klinisches Interview zur Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV. Es ist als zweistufiges Verfahren konzipiert und besteht aus einem Screeningfragebogen sowie einem strukturierten klinischen Interview. Der Screeningfragebogen repräsentiert die Kriterien der zwölf Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV. Anhand des klinischen Interviews wird die klinische Bedeutsamkeit der im Fragebogen bejahten Items überprüft. Dem Diagnostiker stehen zur Beurteilung der diagnostischen Kriterien folgende Kategorien zu Verfügung: *Kriterium nicht vorhanden* (= 1), *Kriterium unter-schwellig ausgeprägt* (= 2), *Kriterium klinisch relevant* (= 3) und *Informationen nicht aus-reichend* (= ?). Wenn eine festgelegte Anzahl von Kriterien als klinisch relevant bewertet wurde, wird die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vergeben, vorausgesetzt, die Denk-, Gefühls- und Verhaltensmuster sind andauernd und stabil, rufen klinisch bedeut-sames Leiden oder psychosoziale Einschränkungen hervor und sind nicht durch Achse I Störungen oder organische Faktoren erklärbar (Saß et al., 2003).

Nach Fydrich et al. (1997) kann das Vorliegen einer Achse I Störung die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen verzerren. Deshalb ist es für den Einsatz des SKID-II von Bedeutung, genaue Informationen über das Vorliegen möglicher Achse I Störungen zu haben und Persönlichkeitsstörungen gegebenenfalls erst dann zu diagnostizieren, wenn die akute Achse I Symptomatik abgeklungen ist. Alternativ zur kategorialen Diagnostik können die diagnostischen Informationen des SKID-II auch dimensional im Sinne von Ausprägungsgraden der Persönlichkeitsfaktoren ausgewertet werden (Renneberg & Fydrich, 2003).

Für die deutsche Version des SKID-II für DSM-IV gibt es keine Studien zur Unters-
chung der Gütekriterien. Für die deutsche Version des SKID-II für DSM-III-R (Wittchen, Schramm, Zaudig, Mombour & Unland, 1993) konnten Fydrich, Schmitz, Hennch et al. (1996) Kappawerte zur Beurteilung der Interraterübereinstimmung zwischen $\kappa = .55$ für die histrionische und $\kappa = .82$ für die zwanghafte Persönlichkeitsstörung zeigen. In-s-gesamt kann die Beurteilerübereinstimmung des SKID-II-Interviews „als akzeptabel bis gut bezeichnet werden“ (Fydrich, Schmitz, Hennch et al., 1996, S. 100). First et al. (1995, zitiert nach Fydrich, Schmitz, Hennch et al., 1996) untersuchten die Retestreliabilität für das Vorliegen mindestens einer Persönlichkeitsstörung nach DSM-III-R über einen mitt-
leren Zeitraum von zwei Wochen. Sie stellten einen moderaten Übereinstimmungswert von $\kappa = .53$ fest. Fydrich, Schmitz, Hennch et al. (1996) weisen jedoch darauf hin, dass in anderen Studien mit homogenen Stichproben und kürzeren Test-Retest-Intervallen für einzelne Persönlichkeitsstörungen auch höhere Reliabilitätskoeffizienten gemessen werden konnten.

Für eine italienische Übersetzung des SKID-II für DSM-IV Persönlichkeitsstörungen zeigten Maffei et al. (1997) für alle Persönlichkeitsstörungen - mit Ausnahme der de-

pressiven Persönlichkeitsstörung ($\kappa = .65$) - hohe Interraterübereinstimmungen von $\kappa > .80$. Hierbei konnte kein Unterschied zwischen stationär und ambulant behandelten Patienten oder dem Vorhandensein bzw. Nicht-Vorhandensein von Achse I Störungen festgestellt werden. In der Untersuchung zeigte sich auch, dass die Interraterübereinstimmung für eine dimensionale Erfassung der Ausprägung der Persönlichkeitsfaktoren anhand des SKID-II höher war als für die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen mit dem SKID-II. Die interne Konsistenz der Items je Persönlichkeitsstörung war zufriedenstellend.

Insgesamt wird die Validität der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV und ihre Diagnostik unter anderem wegen fraglicher struktureller Validität, hohen Ko-Prävalenzraten der Persönlichkeitsstörungen untereinander, arbiträren Cutoff-Werten sowie geringer zeitlicher Stabilität der Diagnosen diskutiert (u.a. Livesley, 2011b; Skodol, Oldham et al., 2005).

2.3 Statistische Auswertungsmethoden

Die statistische Auswertung der Daten wurde mit Hilfe des Statistikprogramms *SPSS 17 für Windows* durchgeführt. Die Ergebnisse der inferenzstatistischen Analysen werden auf einem Signifikanzniveau $\alpha = .05$ bzw. $\alpha = .01$ berichtet. Ein p -Wert zwischen .05 und .10 wird als *statistischer Trend* bezeichnet. Auf α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Vergleiche wird bei der Ergebnisdarstellung an gegebener Stelle hingewiesen.

2.3.1 Testplanung

Es wurde entsprechend der Befundlage (Hardy et al., 1995; Viinamäki et al., 2003) von moderaten Unterschieden (Cohens $d \approx .50$) zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen bezüglich des Depressionsschwere nach Behandlungsende ausgegangen. Eine Analyse mit G*Power ergab bei erwarteten moderaten Effekten eine benötigte Gesamtstichprobengröße von 142 Personen (siehe Tabelle 0.1 im Anhang C, S. 203). Nach Wampold (2001, zitiert nach Hautzinger, 2008) werden in Therapieevaluationsstudien bei moderaten Unterschieden Stichprobengrößen von mindestens 60 Personen pro Vergleichsbedingung benötigt. Wenn entsprechend der Befundlage (Brieger et al., 2002; Greenberg et al., 1995; Ilardi et al., 1992) davon ausgegangen werden kann, dass im stationären Setting etwa 40 % der depressiv erkrankten Patienten mindestens eine Persönlichkeitsstörung aufweisen, werden demnach insgesamt mindestens 150 Patienten benötigt.

2.3.2 Datenaufbereitung

Analyse und Ersetzen fehlender Werte: Es wurde eine *SPSS missing value analysis* (missing completely at random [MCAR]-Test) durchgeführt, um eine mögliche Nicht-Zufälligkeit der fehlenden Daten in den abhängigen Variablen zu überprüfen (Field, 2005). Alle Variablen, bei denen fehlende Items vorlagen (BDI, BSI-GSI, SF12 zu t_1 , t_2 ,

t₃), wurden hinsichtlich der Abhängigkeit unbeantworteter Items von soziodemographischen und störungsrelevanten Variablen untersucht.

Die Ergebnisse der MCAR-Tests sind in der Tabelle 0.2 im Anhang C (S. 203) dargestellt. Sie weisen darauf hin, dass nicht in allen Inventaren die fehlenden Werte zufällig verteilt waren. Es zeigte sich aber auch, dass in allen Inventaren nie mehr als 5 % fehlender Werte pro Item vorlagen. Außerdem war das Fehlen der Werte vor allem vom Fehlen der Werte in den anderen Items des jeweiligen Verfahrens und weniger von externen Variablen wie Alter, Bildung oder Geschlecht abhängig.

Für das Ersetzen fehlender Werte wurde das *Two-way-imputation*-Verfahren von Bernaards und Sijtsma (2000) gewählt, welches auch für nicht zufällige fehlende Werte valide Schätzungen erbringt. Das Verfahren wird für (fast) unidimensionale Daten auf „Likertskalenniveau“ empfohlen. Für die Imputation fehlender Werte eines Item *i* in Test *j* werden folgende Kennwerte berechnet: (1) *overall mean* (OM): Mittelwert aus allen beantworteten Items des Tests *j* über alle befragten Personen, (2) *item mean* (IM): Mittelwert für das Item *i* über alle befragten Personen, (3) *person mean* (PM): Mittelwert über alle Items des Tests *j* bei Person *p*. Der fehlende Wert wird dann wie folgt geschätzt: $IM + PM - OM$ (Bernaards & Sijtsma, 2000).

Ersetzt wurden die fehlenden Werte im BDI zu t₁, t₂ und t₃. In der HAMD₁₇ lagen keine fehlenden Werte vor. Im BSI war das Ersetzen der fehlenden Werte nicht notwendig, da entsprechend der Auswertungsvorschriften der *Global Severity Index* berechnet wird, indem die Summe aller Itemwerte gebildet und durch die um die Anzahl fehlender Werte reduzierte Itemanzahl dividiert wird (Franke, 2000). Aufgrund seiner Kürze und den wenigen psychometrischen Untersuchungen zum SF12 empfehlen Bullinger und Kirchberger (1998) auf das Ersetzen der fehlenden Werte im SF12 zu verzichten. Aus diesem Grund wurden diejenigen Patienten, die den SF12 zu t₁, t₂ bzw. t₃ nicht vollständig ausgefüllt hatten, aus den Analysen des SF12 ausgeschlossen, weshalb den Analysen des SF12 ein verringerter Datensatz zugrunde lag. Die fehlenden Werte im SKID-II-Screeningfragebogen wurden im klinischen Interview nachexploriert.

Datentransformation: Für diejenigen Inventare, für die Verletzungen der Voraussetzungen für die durchgeführten statistischen Analysen vorlagen, wurde eine Transformation der Daten (Wurzel- oder reziprok-Transformation) vorgenommen. Tabachnick und Fidell (2007) weisen darauf hin, „[that] transformations may improve the analysis and may have the further advantage of reducing the impact of outliers“⁸ (S. 86). Auf die Ergebnisse der Voraussetzungsprüfungen sowie gegebenenfalls durchgeführte Datentransformationen wird bei der Ergebnisdarstellung in Kapitel 3 an gegebener Stelle hingewiesen.

⁸ „[dass] Transformationen die Analysen verbessern und den Einfluss von Ausreißerwerten reduzieren können“ (Übers. v. Verf.).

2.3.3 Umgang mit Patientenverlust

Es wurde eine Endpunktanalyse der Daten vorgenommen. Patienten wurden aus der Analyse ausgeschlossen, wenn sie (1) das Mindestkriterium von 21 stationären Behandlungstagen nicht erfüllten, (2) an weniger als sechs der acht Sitzungen der Gruppentherapien teilnahmen, (3) die Teilnahme am SKID-II-Interview ablehnten oder (4) die Fragebögen zu t_2 nicht vorlagen bzw. wenn sie (5) nicht für die 1-Jahres-Katamnese gewonnen werden konnten. Es wurde untersucht, ob sich diese Patienten hinsichtlich soziodemographischer und störungsrelevanter Merkmale von den in die Auswertung eingeschlossenen Patienten unterschieden. Hierzu wurden bei intervallskalierten Variablen t -Tests für unabhängige Stichproben, bei ordinalskalierten Variablen Mann-Whitney U -Tests und bei kategorialen Daten χ^2 -Tests durchgeführt.

2.3.4 Soziodemographische und störungsrelevante Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Um zu untersuchen, ob Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich soziodemographischer, störungs- und behandlungsbezogener Merkmale vorlagen, wurden bei intervallskalierten Variablen t -Tests für unabhängige Stichproben bzw. F -Tests, bei ordinalskalierten Variablen Mann-Whitney U -Tests und bei kategorialen Daten χ^2 -Tests durchgeführt.

2.3.5 Unterschiede im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Zur Untersuchung von Unterschieden zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Veränderung der Symptomausprägung von t_1 nach t_2 bzw. t_2 nach t_3 sowie der Stärke der Symptomatik zu t_2 bzw. t_3 wurde jeweils eine zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor und den Werten im BDI und BSI-GSI bzw. im PSF12 und KSF12 als abhängige Variablen sowie eine zweifaktorielle univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor und der HAMD₁₇ als abhängige Variable durchgeführt.

Für die Analyse der Werte im BDI und BSI-GSI wurde ein multivariates Vorgehen gewählt, da das BDI und der BSI Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erhebung der Schwere der psychopathologischen Symptomatik darstellen und die beiden Skalen substantiell miteinander korrelierten (siehe Tabelle 0.3 im Anhang C, S. 204). Dies rechtfertigt ein multivariates Vorgehen (Rudolf & Müller, 2004). Auch für die Skalen des SF12 (PSF12 & KSF12) wurde ein multivariates Vorgehen gewählt, da beide Skalen Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erfassen. Die Skalen des SF12 wurden auch deshalb nicht gemeinsam mit dem BDI und BSI-GSI in einer multivariaten Analyse ausgewertet, da den Analysen des SF12 aufgrund fehlender Werte ein verringerter Datensatz zugrunde lag. Die HAMD₁₇ wurde in einer univariaten Varianzanalyse ausgewertet, weil die Korrelationen zwischen der HAMD₁₇ und den anderen Inventaren zu t_1 und t_2 vorwiegend gering waren (siehe Tabelle 0.3 im Anhang C, S. 204). Außerdem lag für die

HAMD₁₇ - im Vergleich zum BDI und BSI-GSI - ein reduzierter Datensatz vor, da einige Patienten zur Follow-up-Untersuchung zwar die Fragebögen beantworteten, jedoch dem telefonischen Interview und damit der Durchführung der HAMD₁₇ nicht zustimmten.

Da die Voraussetzung der Sphärizität für die Varianzanalysen mit Messwiederholung verletzt war, wurde ein multivariater Ansatz zur Analyse von Messwiederholungen gewählt, da dieser keine Sphärizität voraussetzt (*multivariate approach to repeated measurement*; Tabachnick & Fidell, 2007). Der Zwischensubjektfaktor war das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen (dichotom bei der Untersuchung von Unterschieden zwischen Patienten mit mindestens einer Persönlichkeitsstörung und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen; mehrfach gestuft bei der Untersuchung von Unterschieden zwischen Patienten mit spezifischen Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen). Der Innersubjektfaktor war der Zeitpunkt der Messung (t_1 , t_2 , t_3).

Bei signifikanten *overall*-Effekten wurden hypothesengeleitet univariate Kontraste für die Veränderung der Symptomausprägung von t_1 nach t_2 bzw. t_2 nach t_3 (Methode: repeated) sowie für die Symptomschwere zu t_2 bzw. t_3 berechnet. Für die univariaten Kontrastanalysen des BDI und BSI-GSI bzw. der Skalen des SF12, die den multivariaten Analysen folgten, wurde entsprechend eines Vorschlags von Tabachnick und Fidell (2007) wegen multipler Test mit korrelierten abhängigen Variablen eine α -Fehlerkorrektur vorgenommen. Demnach wurde das Signifikanzniveau für die Kontrastanalysen auf $\alpha_{\text{kor}} = .025$ gesetzt.

Kontrolle konfundierender Variablen: Um zu untersuchen, ob Unterschiede in den abhängigen Variablen zu t_2 und t_3 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen auf Unterschiede in störungs- und behandlungsrelevanten Variablen zwischen den Patientengruppen zurückgeführt werden können, wurden im Anschluss an die varianzanalytischen Auswertungen multiple Regressionsanalysen durchgeführt. Die abhängigen Variablen waren die Werte in den eingesetzten Inventaren zu t_2 und t_3 . Als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - diejenigen Variablen einbezogen, in denen sich Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen signifikant voneinander unterschieden. Es wurden schrittweise Regressionsanalysen durchgeführt, da die Auswahl der Prädiktoren nicht auf theoretischen Überlegungen beruhte (Field, 2005). Entsprechend einer Empfehlung von Field (2005) wurde die *backward*-Methode gewählt, da sie weniger anfällig gegenüber Suppressoreffekten ist als die *forward*-Methode.

2.3.6 Einzelfallbezogene Auswertungen

Über die gruppenstatistischen Analysen hinaus wurden für die eingesetzten Inventare als einzelfallbezogene Maße zur Beurteilung des Behandlungserfolgs die Häufigkeiten statistisch sowie klinisch bedeutsam gebesserter Patienten (Jacobson, Follette & Revenstorf, 1984) berechnet.

Weiterhin wurden Recoveryraten und die Häufigkeit depressiver Episoden im Katamneseintervall ermittelt. Da in der vorliegenden Untersuchung nicht erfasst wurde, wie lange die Symptomremission nach Beendigung des Klinikaufenthaltes anhielt, konnte das Recovery-Zeitkriterium (zwei Monate anhaltende vollständige Remission; Saß et al., 2003) nicht eruiert werden. Daher bezieht sich der Begriff *Recovery* im Folgenden auf das Erreichen des Recoverykriteriums in den eingesetzten Inventaren nach Abschluss der Behandlung. In der HAMD₁₇ liegt das Recoverykriterium bei einem Wert < 8 (CIPS, 2005), im BDI bei einem Wert < 11 (Hautzinger, 1991) und im BSI-GSI bei einem T-Wert < 63 (Franke, 2000). Für den SF12 liegen keine Recoverykriterien vor (Bullinger & Kirchberger, 1998).

Bei der Erfassung erneuter depressiver Episoden im Katamnesezeitraum konnte nicht zwischen den Konzepten *Rückfall* (Wiederauftreten von Symptomen während Remission) und *Wiedererkrankung* (neue depressive Episode nach Recovery; Hautzinger, 1998) sowie dem Vorliegen chronischer Depressionsformen unterschieden werden, da nicht erfasst wurde, zu welchem Zeitpunkt im Katamneseintervall die Kriterien für eine depressive Episode erfüllt waren.

Es wurde anhand von χ^2 -Tests überprüft, ob es Unterschiede zwischen den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Häufigkeit statistisch und klinisch bedeutsam gebesserter Patienten sowie der Häufigkeit des Vorliegens depressiver Episoden im Katamneseintervall und den Recoveryraten gab.

2.3.7 Zusammenhang zwischen den Ausprägungsgraden von Persönlichkeitsfaktoren und dem Behandlungserfolg

Um die Fragestellung zu untersuchen, ob Zusammenhänge zwischen den Ausprägungen der Persönlichkeitsfaktoren, erfasst anhand des SKID-II, und dem Ausmaß der Veränderung der Symptomausprägung von t_1 nach t_2 bzw. t_2 nach t_3 vorlagen, wurden Korrelationen zwischen den dimensional SKID-II-Scores und den Differenzwerten t_1 - t_2 und t_2 - t_3 in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI berechnet.

2.3.8 Beurteilung der Bedeutsamkeit von Unterschieden und Zusammenhängen

Zusätzlich zu den inferenzstatistischen Berechnungen wurde die Bedeutsamkeit der Mittelwertsunterschiede sowie der Unterschiede in den Häufigkeiten unabhängig von der den Signifikanztest beeinflussenden Stichprobengröße bestimmt. Für metrische Daten wurden die Effektstärke Cohens d für unabhängige Stichproben sowie die Effektstärke d für Messwiederholung⁹ (Bortz & Döring, 1995) und für nominale Daten die Effektstärke Cramers V und das Effektmaß ϕ (Grissom & Kim, 2005) berechnet.

⁹ Effektstärken für Messwiederholung $d < .40$ zeigen geringe, $d = .40 - .80$ moderate und $d > .80$ große Veränderungen an (Gerdes, Weidemann & Jäckel, 2000, zitiert nach Härter et al., 2004).

3 Ergebnisse

Zu Beginn dieses Kapitels werden die Ergebnisse zum Umgang mit Patientenverlust berichtet, die Patientenstichprobe beschrieben und die Befunde zu Unterschieden zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich soziodemographischer und störungsrelevanter Variablen dargestellt. Es folgen die Ergebnisse der statistischen Analysen zur Überprüfung der aufgestellten Hypothesen.

3.1 Patientenverlust

In der Abbildung 3.1 ist der Patientenverlust über den Untersuchungszeitraum graphisch dargestellt. 283 Patienten erfüllten die Einschlusskriterien für die vorliegende Untersuchung (Ein- und Ausschlusskriterien siehe Kapitel 2.1.2, S. 37). 61 dieser 283 Patienten wurden aus folgenden Gründen während der stationären Behandlung aus der Studie ausgeschlossen: (1) Die Behandlungsdauer in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Kliniken im TWW betrug weniger als 21 Tage (inkl. Verlegung in die Abteilung für Psychosomatik der Kliniken im TWW; $n = 21$, „dropout“). (2) Der Patient nahm an weniger als sechs der acht Sitzungen der verhaltenstherapeutischen Gruppentherapien teil ($n = 22$, „dropout“). (3) Der Patient lehnte die Teilnahme am SKID-II-Interview ($n = 2$) oder am Messzeitpunkt t_2 ($n = 16$) ab („attrition“). Demnach waren zum Messzeitpunkt t_2 noch 222 Patienten (21.6 %) in die Studie eingeschlossen.

Von diesen 222 Patienten konnten 168 Patienten (76 %) für die Teilnahme an der 1-Jahres-Katamnese gewonnen werden. 54 Patienten wurden aus folgenden Gründen nicht in die Follow-up-Untersuchung eingeschlossen: (1) Der Patient konnte nach mehrmaligen Erinnerungsanrufen und -briefen nicht erreicht werden oder, falls er erreichbar war, nicht dazu motiviert werden, an der 1-Jahres-Katamnese teilzunehmen ($n = 22$). (2) Der Patient sagte postalisch oder telefonisch aktiv die Teilnahme an der Erhebung ab ($n = 19$). (3) Der Patient wurde zu t_3 auf der geschlossenen akutpsychiatrischen Station der Kliniken im TWW behandelt und konnte deshalb nicht an der Erhebung teilnehmen ($n = 3$). (4) Der Patient war unbekannt verzogen ($n = 9$). (5) Es war bekannt, dass der Patient verstorben war (Suizid, $n = 1$).

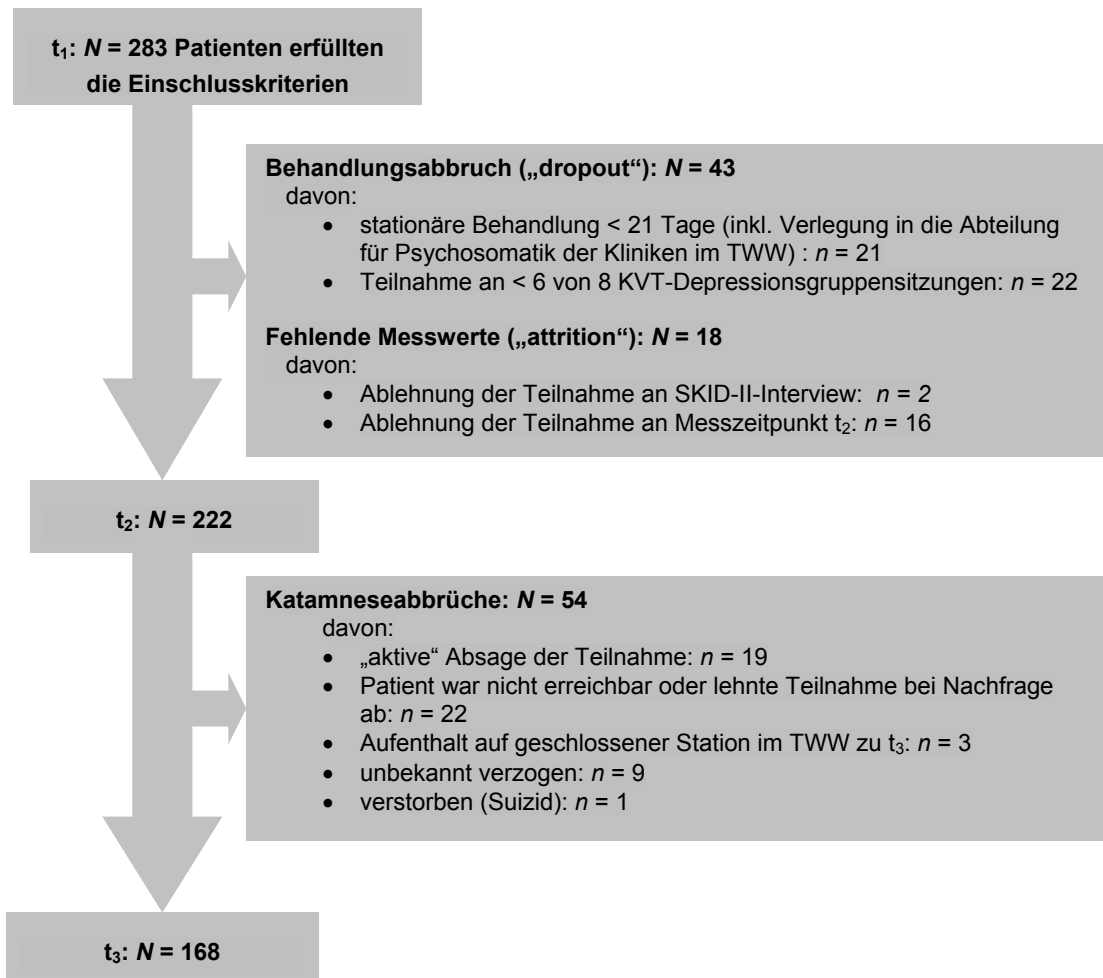


Abbildung 3.1 Patientenverlust über den Untersuchungszeitraum

3.1.1 Patientenverlust während des stationären Aufenthaltes

Die statistischen Kennwerte zum Vergleich der 168 Patienten, für die Datensätze zu allen drei Messzeitpunkten vorlagen („Completer“), mit den 61 Patienten („dropout“: n = 43, „attrition“: n = 18), die während der stationären Behandlung aus der Studie ausgeschlossen wurden („Dropout/attrition_t₁-t₂“), hinsichtlich soziodemographischer und störungsrelevanter Merkmale sind in der Tabelle 3.1 (S. 54) zusammengefasst.

Bezüglich der soziodemographischen Variablen Alter, Geschlecht, Familien- und Bildungsstand lagen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen vor. Hinsichtlich störungsbezogener Merkmale zeigte sich, dass die „Dropout/attrition_t₁-t₂“-Patienten häufiger weitere komorbide Achse I Störungen aufwiesen als die „Completer“. Hinsichtlich der Symptomschwere (HAMD₁₇, BDI, BSI-GSI) zu Behandlungsbeginn sowie der Häufigkeit komorbider Persönlichkeitsstörungen zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen.

Tabelle 3.1 Ergebnisse zum Vergleich der Patienten, die an allen drei Messzeitpunkten teilnahmen („Completer“), mit Patienten, die während der stationären Behandlung aus der Erhebung ausgeschlossen wurden („Dropout/attrition_ t_1 - t_2 “), hinsichtlich soziodemographischer und störungsrelevanter Merkmale

	N Dropout/ attrition, Completer	Dropout/ attrition_ t_1 - t_2 M (SD)	Completer M (SD)	df	t	p	d
Alter (zu t_1 in Jahre)	61, 168	51.95 (18.07)	52.64 (13.31)	225	0.33	.74	.04
BDI t_1	61, 168	27.34 (13.13)	27.63 (10.63)	225	0.17	.87	.02
HAMD₁₇ t_1	50, 168	29.10 (9.34)	28.69 (7.46)	216	0.32	.75	.05
BSI-GSI t_1	55, 168	1.59 (0.87)	1.41 (0.65)	221	1.65	.09	.23
		% (n)	% (n)	df	χ^2	p	ϕ
Geschlecht: weiblich	61, 168	61.0 (36)	63.1 (107)	1	0.08	.77	.02
Familienstand	47, 168			2	2.10	.15	.10 ^a
ledig		25.5 (12)	20.8 (35)				
verheiratet		40.5 (19)	52.4 (88)				
getrennt lebend/ geschieden/ verwitwet		34.0 (16)	26.8 (45)				
Bildungsstand	46, 168			3	0.13	.72	.02 ^a
Hauptschulabschluss		17.4 (8)	15.4 (26)				
Mittlere Reife		32.6 (15)	31.0 (52)				
(Fach-)Hochschulreife		50.0 (23)	53.0 (89)				
keinen Schulabschluss		0.0 (0)	0.6 (1)				
komorbide Achse I Störung	61, 168	52.5 (31)	36.9 (62)	1	4.42	.04	.14
Persönlichkeitsstörung	17, 168	47.1 (8)	40.5 (68)	1	0.28	.60	.04

Anmerkungen. **BDI:** Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **d:** Effektstärke Cohens *d*. **HAMD₁₇:** 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **ϕ :** Effektstärke *phi*. **t_1 :** Beginn der stationären Behandlung.

^a Effektstärke Cramers *V*.

3.1.2 Patientenverlust zum Katamnesezeitpunkt

Die statistischen Kennwerte zum Vergleich der „Completer“ mit den 54 Patienten, die nicht an der 1-Jahres-Katamnese teilnahmen, hinsichtlich soziodemographischer und störungsrelevanter Merkmale sind in der Tabelle 3.2 zusammengefasst. Es lag ein statistischer Trend ($p < .10$) vor, der darauf hindeutet, dass relativ mehr Frauen bereit waren, an der Katamneseerhebung teilzunehmen, und dass die „Completer“ zu Studienbeginn älter waren sowie während ihres stationären Aufenthaltes mehr Therapien erhielten als die Patienten, die nicht an der Katamnese teilnahmen. Hinsichtlich des Familien- und Bildungsstandes, der Stärke der Symptomatik zu t_1 und t_2 , der Dauer der

stationären Behandlung sowie der Häufigkeit komorbider Achse I - und Achse II Störungen lagen keine Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen vor.

Tabelle 3.2 Ergebnisse zum Vergleich der Patienten, die an den drei Messzeitpunkten teilnahmen („Completer“), mit Patienten, die nicht in der Katamnese teilnahmen („Katamneseabbruch“), hinsichtlich soziodemographischer und störungsrelevanter Merkmale

	N Katam- neseab- bruch, Completer	Katamnese- abbruch M (SD)	Completer M (SD)	df	t	p	d
Alter (zu t ₁ , Jahre)	54, 168	49.23 (12.42)	52.64 (13.31)	220	-1.66	.098	.26
stationäre Behand- lungsdauer (Tage)	54, 168	58.26 (26.37)	59.24 (29.18)	220	-0.22	.83	.04
Symptomschwere zu t₁							
HAMD _{17 t1}	54, 168	29.24 (6.82)	28.69 (7.46)	220	0.48	.63	.08
BDI _{t1}	54, 168	27.91 (10.27)	27.63 (10.63)	220	0.17	.87	.03
BSI-GSI _{t1}	54, 168	1.46 (0.69)	1.41 (0.65)	220	0.51	.61	.07
Symptomschwere zu t₂							
HAMD _{17 t2}	54, 167	8.13 (6.89)	7.81 (7.01)	219	0.29	.77	.05
BDI _{t2}	54, 168	14.72 (10.44)	13.46 (9.81)	220	0.81	.42	.12
BSI-GSI _{t2}	54, 167	0.70 (0.65)	0.66 (0.57)	219	0.39	.70	.07
		% (n)	% (n)	df	χ ²	p	φ
Geschlecht: weiblich	54, 168	50.0 (27)	63.1 (106)	1	2.92	.09	.15
Familienstand	54, 168			2	4.77	.31	.13 ^a
ledig		25.9 (14)	25.6 (43)				
verheiratet		40.7 (22)	47.6 (80)				
getrennt lebend/ ge- schieden/ verwitwet		33.4 (18)	26.8 (45)				
Bildungsstand	54, 168			3	1.26	.87	.08 ^a
Hauptschulab- schluss		11.1 (6)	11.9 (20)				
Mittlere Reife		38.6 (21)	33.9 (57)				
(Fach-)Hoch- schulreife		50.0 (27)	53.0 (89)				
keinen Schulab- schluss		0.0 (0)	1.2 (2)				
Persönlichkeits- störung	54, 168	51.9 (28)	40.5 (68)	1	2.16	.14	.10
komorbide Achse I Störungen	54, 168	31.5 (17)	36.5 (62)	1	0.45	.50	.05
		mittlerer Rang	mittlerer Rang	U	z	p	r
Therapienzahl t₁→t₂	54, 168	99.28	115.75	3822	-1.76	.08	.16

Anmerkungen. **BDI:** Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **d:** Effektstärke Cohens *d*. **HAMD₁₇:** 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **φ:** Effektstärke *phi*. **t₁:** Beginn der stationären Behandlung. **t₂:** Ende der stationären Behandlung.

^a Effektstärke Cramers *V*.

3.2 Beschreibung der Patientenstichprobe

Im Folgenden wird die Stichprobe der 168 Patienten, die an allen drei Messzeitpunkten teilnahmen, hinsichtlich soziodemographischer, störungsbezogener und behandlungsrelevanter Merkmale beschrieben.

3.2.1 Soziodemographische Merkmale

Die soziodemographischen Merkmale der Patientenstichprobe sind in der Tabelle 3.3 zusammengefasst. Zu Beginn der stationären Behandlung waren die Patienten im Mittel 52.64 ± 13.31 Jahre alt. 63 % der Patienten waren weiblich, ca. die Hälfte war ledig und 53 % gaben als höchsten Schulabschluss die (Fach-)Hochschulreife an. Vier Wochen nach dem stationären Aufenthalt waren 23 % der Patienten berufstätig, 21 % beurlaubt oder krank geschrieben, 33 % berentet und 10 % arbeitslos. Ein Jahr nach dem Klinikaufenthalt waren - im Vergleich zur Situation vier Wochen nach der stationären Behandlung - 11 % mehr der Patienten wieder berufstätig. Nur noch 6 % waren beurlaubt oder krank geschrieben. Die Rate arbeitsloser Patienten und derjenigen Patienten, die als Hausfrau/-mann arbeiteten, blieb - im Vergleich zur Situation vier Wochen nach Klinikaufenthalt - unverändert. Die Rate berenteter Patienten stieg um 5 %.

Tabelle 3.3 Soziodemographische Charakteristika der Patientenstichprobe

	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter (zu t_1 in Jahren)	52.64	13.31
	%	<i>n</i>
Geschlecht (weiblich)	63.1	106
Familienstand zu t_1		
verheiratet	25.6	43
ledig	47.6	80
geschieden/getrennt lebend/verwitwet	26.8	45
Höchster Schulabschluss		
Hauptschulabschluss	11.9	20
Mittlere Reife	33.9	57
(Fach-)Hochschulreife	53.0	89
keinen Schulabschluss	1.2	2
Berufsausbildung		
Lehre	39.3	66
(Fach-)Hochschule	51.8	87
andere	3.0	5
keine Berufsausbildung	6.0	10

Fortsetzung Tabelle 3.3

	%	n
Berufsstatus 4 Wochen nach Klinikaufenthalt^a		
berufstätig (auch geschützt beschäftigt)	22.6	38
beurlaubt/krank geschrieben	20.8	35
Rente	33.3	56
Hausfrau/-mann	6.0	10
arbeitslos	10.1	17
Sonstiges (z.B. Ausbildung, Studium, Ehrenamt)	5.4	9
Berufsstatus zu t₃^a		
berufstätig (auch geschützt beschäftigt)	33.9	57
beurlaubt/krank geschrieben	6.0	10
Rente	38.1	64
Hausfrau/-mann	6.0	10
arbeitslos	10.1	17
Sonstiges (z.B. Ausbildung, Studium, Ehrenamt)	4.2	7

Anmerkungen. N = 168.

t₁: Behandlungsbeginn. t₃: ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a N = 165.

3.2.2 Schweregrad der Erkrankung, Komorbidität mit Achse I Störungen und Dauer der stationären Behandlung

Zu Behandlungsbeginn wiesen 39 % ($n = 65$) der Patienten eine rezidivierende depressive Störung auf, bei 79 % ($n = 133$) wurde eine schwere depressive Episode diagnostiziert. Bei 37 % ($n = 62$) der Patienten lagen zusätzlich zur depressiven Störung weitere komorbide Achse I Störungen vor, hier vor allem psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F1-Diagnosen, 15 %, $n = 25$) sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10 F4-Diagnosen, 20 %, $n = 33$).

Alle Patienten hatten zu Behandlungsbeginn einen HAMD₁₇-Wert ≥ 15 und/oder einen BDI-Wert ≥ 18 . Dies weist auf eine klinisch relevant ausgeprägte depressive Symptomatik in der Selbst- und/oder Fremdbeurteilung bei allen Patienten zu Behandlungsbeginn hin (Frank et al., 1991; Hautzinger et al., 1995). Insgesamt hatten die Patienten bei Aufnahme einen mittleren HAMD₁₇-Wert von 28.71 ± 7.54 Punkten und einen mittleren BDI-Wert von 27.63 ± 10.61 Punkten. Der mittlere BSI-GSI-Wert betrug zu t₁ 1.42 ± 0.65 Punkte. Dies entspricht einem T-Wert von 77, wobei ein T-Wert > 62 auf eine klinisch relevante psychische Gesamtbelastung hinweist (Franke, 2000).

Die Dauer der stationären Behandlung betrug im Mittel 59.43 ± 29.32 Tage. Die durchschnittliche Katamnesezeit betrug 12.51 ± 1.54 Monate.

3.2.3 Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen

Anhand des SKID-II wurde bei 41 % der Patienten mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Am häufigsten kamen Persönlichkeitsstörungen aus dem Cluster C (27 %) vor, hier vor allem die vermeidend-selbstunsichere und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung (jeweils 13 %). Aus dem Cluster B wurde die Borderline Persönlichkeitsstörung bei 10 % der Patienten am häufigsten diagnostiziert. Cluster A Persönlichkeitsstörungen lagen vergleichsweise selten vor (5 %).

46 % ($n = 31$) der 68 Patienten mit Persönlichkeitsstörung wiesen mindestens zwei Persönlichkeitsstörungen auf, wobei bei 12 % ($n = 8$) dieser Patienten drei und bei einer Person vier Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden. Die Häufigkeit der einzelnen Persönlichkeitsstörungen sowie Angaben zu Prävalenzen von Persönlichkeitsstörungen aus vergleichbaren Studien mit stationär behandelten depressiv erkrankten Patienten, die von Corruble, Ginestet und Guelfi (1996) in einem Review zusammengefasst wurden, sind in der Tabelle 3.4 dargestellt.

Tabelle 3.4 Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen ($N = 168$, Mehrfachnennungen möglich)

PS	<i>n</i>	%	% PS in Studien mit stationär behandelten depressiv Erkrankten (Corruble et al., 1996)
mindestens eine PS	68	40.5	20 – 50
Cluster A PS	9	5.4	— ^a
paranoide PS	6	3.6	1 – 5
schizotype PS	1	0.6	1 – 9
schizoide PS	2	1.2	0 – 8
Cluster B PS	30	17.9	— ^a
histrionische PS	5	3.0	2 – 20
narzisstische PS	9	5.4	1 – 5
Borderline PS	16	9.5	10 – 30
antisoziale PS	2	1.2	0 – 12
Cluster C PS	46	27.4	— ^a
vermeidend-selbstunsichere PS	21	12.5	5 – 15
dependente PS	7	4.2	5 – 20
zwanghafte PS	22	13.1	1 – 20
DSM-IV-Anhang PS	17	10.1	— ^a
negativistische PS	2	1.2	0 – 17
depressive PS	16	9.5	— ^a

Anmerkungen. **DSM-IV:** 4. Version des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen. **PS:** Persönlichkeitsstörung.

^a keine Angaben.

3.3 Soziodemographische, störungs- und behandlungsbezogene Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Die Ergebnisse zum Vergleich von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich soziodemographischer, störungs- und behandlungsbezogener Merkmale sind in den Tabellen 3.5 – 3.7 zusammengefasst.

Soziodemographische Merkmale (Tabelle 3.5, S. 60): Patienten mit Persönlichkeitsstörungen waren zu Therapiebeginn häufiger ledig und im Mittel jünger als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Bezüglich des Geschlechts und des Bildungsstandes lagen keine Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen vor.

Störungsbezogene Merkmale (Tabelle 3.6, S. 61): Es lag ein statistischer Trend ($p < .10$) vor, der darauf hindeutet, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu Behandlungsbeginn häufiger komorbide Achse I Störungen, vor allem psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Über dies hinaus zeigten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu Beginn der stationären Behandlung eine stärker ausgeprägte depressive Symptomatik (BDI) und psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hatten entsprechend der Kriterien für das BDI von Beck, Steer und Carbin (1988)¹⁰ eine schwere, Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen eine mäßig starke bis schwere Depression. Hinsichtlich der Häufigkeit rezidivierender depressiver Störungen sowie den Werten in der HAMD₁₇, im PSF12 und KSF12 zum Aufnahmezeitpunkt lagen keine Unterschiede zwischen den Patientengruppen vor.

Therapeutische Maßnahmen (Tabelle 3.7, S. 61 f.): Es lag ein statistischer Trend ($p < .10$) vor, der darauf hindeutet, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen während des stationären Aufenthaltes häufiger Einzel-KVT erhielten sowie nach Behandlungsende häufiger an eine psychiatrische Institutsambulanz (zumeist in den Kliniken im TWW) angebunden waren und häufiger gruppentherapeutische Angebote in Anspruch nahmen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Außerdem zeigte sich, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen während des stationären Aufenthaltes häufiger eine Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika und seltener eine Augmentationsbehandlung mit Stimmungsstabilisierern (z.B. Lithium, Carbamazepin, Valproat) erhielten als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Weiterhin lag ein statistischer Trend ($p < .10$) vor, der darauf hindeutet, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auch zum Follow-up-Zeitpunkt häufiger eine Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika erhielten als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

¹⁰ BDI = 0 - 10: keine Depression, BDI = 11 - 18: milde Depression, BDI = 19 - 29: mäßige bis schwere Depression, BDI = 30 - 63: schwere Depression (Beck, Steer & Carbin, 1988).

Hinsichtlich der Dauer der stationären Behandlung, der Verteilung über die drei Untersuchungsbedingungen, die im Rahmen dieses Forschungsprojektes von Hoffmann (2010) untersucht wurden - (1) Standardbehandlung, (2) Standardbehandlung + KVT-Depressionsbewältigungsgruppe nach Hautzinger (2003) und (3) Standardbehandlung + Zieloffene VT-Problemlösegruppe nach Sipos und Schweiger (2003) - sowie der Häufigkeit psychiatrischer, einzels psychotherapeutischer, tagesklinischer und stationärer Behandlungen im ersten Jahr nach dem Klinikaufenthalt konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen festgestellt werden.

Tabelle 3.5 Ergebnisse zum Vergleich soziodemographischer Merkmale von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

	ohne PS M (SD)	mit PS M (SD)	df	t	p	d
Alter (zu t ₁ in Jahren)	55.68 (11.99)	48.17 (13.97)	1; 166	3.73	<.001	.58
	% (n)	% (n)	df	χ ²	p	φ
Geschlecht: weiblich	67.0 (67)	57.4 (39)	1	1.62	.20	.10
Familienstand			2	5.65	.06	.18 ^a
ledig	19.0 (19)	35.3 (24)	1	5.64	.02	.18
verheiratet	52.0 (52)	41.2 (28)	1	1.90	.17	.17
getrennt lebend, geschieden, verwitwet	29.0 (29)	23.5 (16)	1	0.62	.43	.06
Schulabschluss			3	3.69	.30	.15 ^a
Hauptschulabschluss	13.0 (13)	10.3 (7)				
Mittlere Reife	36.0 (36)	30.9 (21)				
(Fach-)Hochschulreife	51.0 (51)	55.9 (38)				
keinen	0.0 (0)	2.9 (2)				
Berufsausbildung			3	4.69	.20	.17 ^a
Lehre	36.0 (36)	44.1 (30)				
(Fach-)Hochschul- abschluss	54.0 (54)	48.5 (33)				
andere	5.0 (5)	0.0 (0)				
keine	5.0 (5)	7.4 (5)				

Anmerkungen. N_{ohnePS} = 100. N_{mitPS} = 68.

d: Effektstärke Cohens d. PS: Persönlichkeitsstörung. φ: Effektstärke phi. t₁: Beginn der stationären Behandlung.

^a Effektstärke Cramers V.

Tabelle 3.6 Ergebnisse zum Vergleich störungsbezogener Merkmale von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

	ohne PS % (n)	mit PS % (n)	df	χ^2	p	ϕ
komorbide Achse I Störung	31.0 (31)	45.6 (31)	1	3.70	.05	.15 ^a
Störungen durch psycho- trope Substanzen (F1)	11.0 (11)	21.0 (14)	1	2.94	.09	.13
Angststörungen (F40, F41)	12.0 (12)	13.0 (9)	1	0.06	.81	.01
Belastungs- und Anpas- sungsstörungen (F43)	6.0 (6)	8.8 (6)	1	0.49	.49	.05
rezidivierende depressive Störung	36.0 (36)	42.6 (29)	1	0.75	.39	.07
	M (SD)	M (SD)	df	t	p	d
stationäre Behandlungsdauer (Tage)	58.72 (28.05)	60.31 (31.19)	1; 166	0.12	.73	.05
HAMD_{17 t1}	27.96 (8.05)	29.76 (6.39)	1; 166	2.39	.12	.25
BDI_{t1}	26.01 (10.59)	30.01 (10.30)	1; 166	5.95	.02	.38
BSI-GSI_{t1}	1.22 (0.58)	1.68 (0.65)	1; 166	22.67	<.001	.75
PSF12_{t1}^b	27.82 (9.25)	26.01 (7.76)	1; 147	1.58	.21	.21
KSF12_{t1}^b	40.12 (10.31)	39.83 (12.02)	1; 147	0.03	.88	.03

Anmerkungen. $N_{\text{ohnePS}} = 100$. $N_{\text{mitPS}} = 68$.

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **d**: Effektstärke Cohens d. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **PSF12 & KSF12**: Skala *Psychische Gesundheit* und *Körperliche Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **ϕ** : Effektstärke phi. **t₁**: Beginn der stationären Behandlung.

^a Effektstärke Cramers V.

^b $N_{\text{ohnePS}} = 87$. $N_{\text{mitPS}} = 62$.

Tabelle 3.7 Ergebnisse zum Vergleich behandlungsbezogener Merkmale von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

	N ohne PS, mit PS	ohne PS % (n)	mit PS % (n)	df	χ^2	p	ϕ
Zeitraum der stationären Behandlung							
Einzel-KVT	100, 68	47.0 (47)	61.8 (42)	1	3.54	.06	.15
KVT-Angstbewältigungsgruppe	100, 68	18.0 (18)	22.1 (15)	1	0.42	.52	.05
KVT-Sucht- bewältigungsgruppe	100, 68	6.0 (6)	11.8 (8)	1	1.76	.19	.10
Ergotherapie	100, 68	91.0 (91)	91.2 (62)	1	0.002	.97	.003
Gestaltungstherapie	100, 68	2.0 (2)	5.9 (4)	1	1.77	.18	.10
Tanztherapie	100, 68	41.0 (41)	38.2 (26)	1	0.13	.72	.03
Entspannungsgruppe	100, 68	21.0 (21)	17.6 (12)	1	0.29	.59	.04
Sporttherapeutische Maßnahmen	100, 68	81.0 (81)	79.4 (54)	1	0.07	.80	.02

Fortsetzung Tabelle 3.7

	<i>N</i> ohne PS, mit PS	ohne PS % (<i>n</i>)	mit PS % (<i>n</i>)	<i>df</i>	χ^2	<i>p</i>	ϕ
Zeitraum der stationären Behandlung							
Additive Gruppentherapie (Forschungsgegenstand; siehe Hoffmann, 2010)	100, 68			2	1.02	.60	.08 ^a
TAU		56.6 (30)	43.4 (23)				
TAU + ZOP		64.5 (40)	35.5 (22)				
TAU + HAU		56.6 (30)	43.4 (23)				
Psychopharmako- logische Behandlung^b	100, 68	99.0 (99)	100.0 (68)	-	-	-	-
AD ^b	100, 68	94.0 (94)	100.0 (68)	-	-	-	-
AD-Monotherapie	100, 68	40.0 (40)	39.7 (27)	1	0.001	.97	.003
AD + atyp. NL	100, 68	26.0 (26)	44.1 (30)	1	5.98	.01	.19
AD + MS	100, 68	19.0 (19)	7.4 (5)	1	4.48	.03	.16
AD + MS + atyp. NL	100, 68	9.0 (9)	7.4 (5)	1	0.14	.71	.03
1. Jahr nach der stationären Behandlung							
ambulante psychiat- rische Behandlung	99, 67	68.7 (68)	73.1 (49)	1	0.38	.54	.05
ambulante Einzelpsycho- therapie	99, 68	64.6 (64)	64.7 (44)	1	0.001	.99	.001
erneute stationäre Be- handlung	99, 68	24.2 (24)	22.1 (15)	1	0.12	.74	.03
Aufenthalt in Tagesklinik	99, 67	15.3 (15)	19.1 (13)	1	0.42	.52	.05
PIA	99, 67	18.4 (18)	35.3 (24)	1	6.09	.01	.19
ambulante Gruppenpsy- chotherapie (v.a. in der PIA)	99, 68	12.1 (12)	23.5 (16)	1	3.76	.05	.15
Psychopharmaka zu t₃	76, 50	65.8 (50)	68.0 (34)	1	0.07	.80	.02
AD	76, 50	61.8 (47)	64.0 (32)	1	0.06	.81	.02
AD - Monotherapie t ₃	76, 50	38.2 (29)	40.0 (20)	1	0.04	.84	.02
AD + atyp. NL t ₃	76, 50	9.2 (7)	20.0 (10)	1	3.01	.08	.16
AD + MS t ₃	76, 50	10.5 (8)	4.0 (2)	1	1.67	.20	.11
AD + MS + atyp. NL t ₃ ^b	76, 50	2.6 (2)	2.0 (2)	-	-	-	-

Anmerkungen. **AD**: Antidepressiva. **atyp. NL**: atypische Neuroleptika. **HAU**: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Depressionsbewältigungsgruppe nach Hautzinger (2003). **KVT**: Kognitive Verhaltenstherapie. **MS**: Stimmungsstabilisierer (Mood Stabilizer) **PIA**: Psychiatrische Institutsambulanz. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **TAU**: treatment as usual = psychiatrisch-multiprofessionelle Standardbehandlung. **ZOP**: Zieloffene verhaltenstherapeutische Problemlösegruppe nach Sipos und Schweiger (2003). ϕ : Effektstärke *phi*. t₃: ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt. v.a.: vor allem.

^a Effektstärke Cramers V.

^b keine statistischen Analysen, wenn > 20 % der Zellen, in denen die erwartete Häufigkeit < 5 (Field, 2005).

3.4 Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen mindestens einer Persönlichkeitsstörung und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Überprüfung der Hypothesen zu Unterschieden im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen berichtet. In die Analysen wurden die 168 Patienten einbezogen, die an allen drei Messzeitpunkten teilnahmen. Auf Änderungen in der den Analysen zugrundeliegenden Stichprobengrößen aufgrund fehlender Werte wird an entsprechender Stelle hingewiesen.

3.4.1 Akuter Behandlungserfolg

Hinsichtlich des akuten Behandlungserfolgs wurden in Kapitel 1.4 (S. 21 ff.) folgende Hypothesen abgeleitet:

H 1a: Sowohl Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen erzielen vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt eine signifikante Symptomreduktion.

H 1b: Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen zum Entlassungszeitpunkt eine höhere Symptomschwere, eine geringere Rate klinisch bedeutsamer Verbesserungen sowie geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

3.4.1.1 Selbstbeurteilung der Depressionsschwere (BDI) und der psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI)

Da die Voraussetzungen für eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den Werten im BDI und BSI-GSI als abhängige Variablen nicht erfüllt waren, wurde eine Wurzel-Transformation der BDI-Werte (BDI_{Wurzel}) sowie eine reziprok-Transformation der BSI-GSI-Werte ($BSI\text{-}GSI_{\text{reziprok}}$) vorgenommen. Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor und den Werten im BDI_{Wurzel} und $BSI\text{-}GSI_{\text{reziprok}}$ als abhängige Variablen sind im Anhang A.1 (S. 195) dargestellt. Die Voraussetzungen waren erfüllt. Da für zwei Patienten aufgrund zu vieler fehlender Werte die BSI-GSI-Werte zu t_3 nicht berechnet werden konnten (> 1 fehlender Wert pro Skala; Franke, 2000), lagen den Analysen des BDI und des BSI-GSI Werte von 166 Patienten zugrunde.

Die statistischen Kennwerte der im Folgenden berichteten Befunde sind in der Tabelle 3.8 (S. 65) zusammengefasst. Die BDI- und BSI-GSI-Werte zu t_1 und t_2 für Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen sind in den Abbildungen 3.2 und 3.3 (S. 64) dargestellt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen im BDI und BSI-GSI zu t_1 und t_2 , die Effektstärken d für Messwiederholung zur Erfassung der Stärke der Symptomveränderung von t_1 nach t_2 sowie die Effektstärken Cohens d für Unterschiede in der Symptomschwere zu t_2 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen sind in der Tabelle 3.9 (S. 65) zusammengefasst.

Für das selbstberichtete Ausmaß der Psychopathologie (kombinierte Variable aus BDI und BSI-GSI) wiesen die multivariaten Haupteffekte „Zeit“ und „Persönlichkeitsstörung“ sowie der multivariate Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“ auf signifikante Unterschiede hin (siehe Tabelle 3.8).

Symptomveränderung t_1 - t_2 : Die hypothesengeleiteten univariaten Kontrastanalysen zeigten, dass es in der Gesamtpatientengruppe eine signifikante Abnahme der Depressivität (BDI) und der psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI) vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt gab (Haupteffekt „Zeit“) und sich Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich des Ausmaßes dieser Symptomabnahme nicht signifikant voneinander unterschieden (Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“). Die Effektstärken d für Messwiederholung lagen für das BDI und den BSI-GSI in beiden Patientengruppe zwischen $d = 1.34$ und $d = 1.41$.

Symptomschwere t_2 : Die hypothesengeleiteten univariaten Kontrastanalysen zeigten, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nach erfolgter stationärer Behandlung eine signifikant höhere psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (Cohens $d_{\text{BSI-GSI}} = .44$). Weiterhin lag ein statistischer Trend ($p < .10$) vor, der darauf hindeutet, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu t_2 eine stärkere Depressivität (BDI) zeigten als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (Cohens $d_{\text{BDI}} = .31$). Entsprechend der Kriterien von Beck et al. (1988) wiesen die BDI-Werte zu t_2 in beiden Patientengruppen auf eine milde Depression hin (ohne Persönlichkeitsstörungen: $M = 12.23$, mit Persönlichkeitsstörungen: $M = 15.37$, milde Depression: 11 - 18 Punkte).

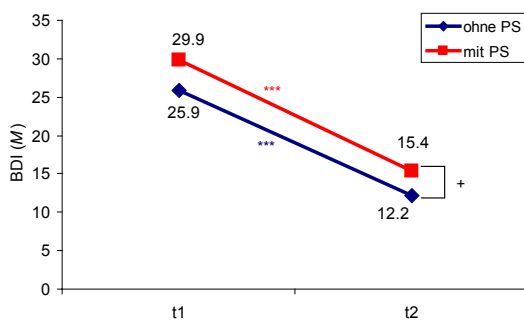


Abbildung 3.2 Mittelwerte (M) im BDI zu t_1 und t_2 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **BDI:** Beck Depressionsinventar. **PS:** Persönlichkeitsstörung. t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

*** $p < .001$, + $p < .10$.

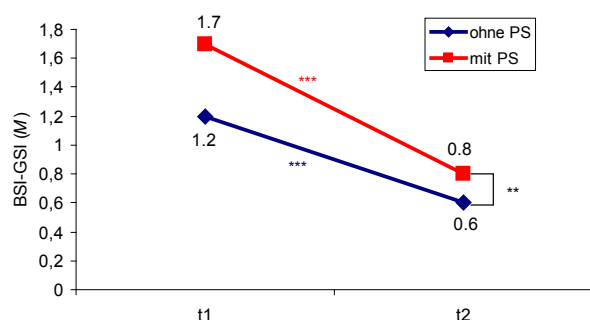


Abbildung 3.3 Mittelwerte (M) im BSI-GSI zu t_1 und t_2 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PS:** Persönlichkeitsstörung. t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

*** $p < .001$, ** $p < .01$.

Tabelle 3.8 Ergebnisse zum Vergleich der Symptomveränderung von t_1 nach t_2 bzw. der Symptomausprägung zu t_2 - erfasst anhand des **BDI** und **BSI-GSI** - von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor, Zwischensubjektfaktor „PS“ 2-fach gestuft)

Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (drei Messzeitpunkte)												
	Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“				Haupteffekt „PS“			
	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²
BDI, BSI-GSI	4; 161	91.78	< .001	.70	4; 161	3.12	.017	.07	2; 163	12.71	<.001	.14
Univariate Kontrastanalyse: Symptomabnahme t ₁ → t ₂												
	Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“							
	df	F	p	η²	df	F	p	η²				
BDI ^a	1; 164	273.93	< .001	.63	1; 164	0.02	.90	<.001				
BSI-GSI ^a	1; 164	306.22	< .001	.65	1; 164	0.08	.78	<.001				
Univariate Kontrastanalyse: Symptomschwere t ₂												
									Haupteffekt „PS“			
									df	F	p	η²
BDI ^a									1; 164	3.07	.082	.02
BSI-GSI ^a									1; 164	7.74	.006	.05

Anmerkungen. $N_{\text{Gesamt}} = 166$ ($n_{\text{ohnePS}} = 99$, $n_{\text{mitPS}} = 67$).

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PS**: Persönlichkeitsstörung. η^2 : Effektstärke η^2 . t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

^a α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Tests mit korrelierten abhängigen Variablen: $\alpha_{\text{korrt}} = .025$ (Tabachnick & Fidell, 2007).

Tabelle 3.9 Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der Werte im BDI und BSI-GSI von t_1 nach t_2 (d_{t1-t2}) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede im BDI und BSI-GSI zu t_2 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t2})

		t_1 M (SD)	t_2 M (SD)	d_{t1-t2}^a	d_{t2}
BDI	mit PS	29.94 (10.36)	15.37 (11.21)	1.35	.31
	ohne PS	25.94 (10.62)	12.23 (8.67)	1.41	
BSI-GSI	mit PS	1.67 (0.65)	0.81 (0.65)	1.34	.44
	ohne PS	1.22 (0.58)	0.56 (0.48)	1.40	

Anmerkungen. $N_{\text{Gesamt}} = 166$ ($n_{\text{ohnePS}} = 99$, $n_{\text{mitPS}} = 67$).

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PS**: Persönlichkeitsstörung. t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

^a Die Effektstärken zeigen eine Abnahme der Symptomatik an.

Kontrolle konfundierender Variablen

Um zu untersuchen, ob die Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen im BDI und BSI-GSI zu t_2 möglicherweise darauf zurückgeführt werden können, dass sich die Patientengruppen auch hinsichtlich weiterer störungs- und behandlungsrelevanter Variablen unterschieden, wurden schrittweise Regressionsanalysen (Methode: backward) durchgeführt. Die abhängigen Variablen waren die Werte im BDI und im BSI-GSI zu t_2 . Als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - soziodemographische, störungs- und behandlungsrelevante Variablen einbezogen, in denen Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen vorlagen (siehe Anmerkungen in Tabelle 3.10 und 3.11).

1) **BDI**: Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse mit dem BDI zu t_2 als abhängige Variable sind im Anhang A.2 (S. 195) dargestellt. Die Voraussetzungen waren weitestgehend erfüllt, wobei eine leichte Heteroskedastizität vorlag.

Die statistischen Kennwerte der schrittweisen Regressionsanalyse sind in der Tabelle 3.10 dargestellt. Es zeigte sich, dass die Depressivität (BDI) sowie die psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) zu t_1 die Depressivität (BDI) zu t_2 vorhersagten. Je höher die BDI- und BSI-GSI-Werte zu t_1 waren, desto höher war auch der BDI-Wert zu t_2 . Unabhängig davon hatten weitere Prädiktoren - inklusive das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - keine Vorhersagekraft für die Depressivität (BDI) zu t_2 .

Tabelle 3.10 Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der Depressivität zu t_2 erfasst anhand des BDI (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab^a)

	B (SE)	β	t	p	95 % Konfidenzintervall für B	
					untere Grenze	obere Grenze
BDI t_1	0.22 (0.09)	.24	2.37	.02	0.04	0.41
BSI-GSI t_1	4.40 (1.53)	.29	2.89	.004	1.39	7.42
Konstante	1.24 (1.88)		0.66	.51	-2.48	4.95

Anmerkungen. N = 166, $R^2 = .24$.

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

^a Prädiktoren: (1) Alter, (2) BDI t_1 , (3) BSI-GSI t_1 , (4) Familienstand „ledig“, (5) komorbide Achse I Störung, (6) Einzel-KVT $t_1 \rightarrow t_2$, (7) Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika $t_1 \rightarrow t_2$, (8) Augmentationsbehandlung mit Stimmungsstabilisierern $t_1 \rightarrow t_2$, (9) Persönlichkeitsstörung.

2) **BSI-GSI**: Da die Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse mit dem BSI-GSI zu t_2 als abhängige Variable nicht erfüllt waren, wurde eine reziprok-Transformation der BSI-GSI-Werte zu t_2 vorgenommen (BSI-GSI_{reziprok}). Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine Regressionsanalyse mit dem BSI-GSI_{reziprok} zu t_2 als abhängige Variable sind im Anhang A.3 (S. 196) dargestellt. Die Voraussetzungen waren erfüllt.

Die statistischen Kennwerte der schrittweisen Regressionsanalyse sind in der Tabelle 3.11 dargestellt. Es zeigte sich, dass die psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) zu t_1 die psychische Gesamtbelastung zu t_2 vorhersagte. Je höher der BSI-GSI-Wert zu t_1 war, desto niedriger war der BSI-GSI_{reziprok} (bzw. desto höher der BSI-GSI-Wert) zu t_2 . Außerdem sagte der Familienstand „ledig“ einen höheren BSI-GSI_{reziprok}-Wert (bzw. einen niedrigeren BSI-GSI-Wert) und damit eine geringere psychische Gesamtbelastung zu t_2 vorher. Unabhängig davon hatten weitere Prädiktoren - inklusive das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - keine Vorhersagekraft für die psychische Gesamtbelastung zu t_2 .

Tabelle 3.11 Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der psychischen Gesamtbelastung zu t_2 erfasst anhand des BSI-GSI_{reziprok} (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab^a)

	B (SE)	β	t	p	95 % Konfidenzintervall für B	
					untere Grenze	obere Grenze
Familienstand „ledig“	0.06 (.03)	.14	2.24	.03	0.007	0.11
BSI-GSI t_1	-0.15 (0.02)	-.55	- 8.59	<.001	-0.18	-0.11
Konstante	0.82 (0.03)		23.92	<.001	0.76	0.89

Anmerkungen. N = 166. $R^2 = .34$.

BSI-GSI: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **reziprok**: reziprok-transformierter Wert. **t_1** : Beginn der stationären Behandlung. **t_2** : Ende der stationären Behandlung.

^a Prädiktoren: (1) Alter, (2) BDI t_1 , (3) BSI-GSI t_1 , (4) Familienstand „ledig“, (5) komorbide Achse I Störung, (6) Einzel-KVT $t_1 \rightarrow t_2$, (7) Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika $t_1 \rightarrow t_2$, (8) Augmentationsbehandlung mit Stimmungsstabilisierern $t_1 \rightarrow t_2$, (9) Persönlichkeitsstörung.

3.4.1.2 Fremdbeurteilung der Depressionsschwere (HAMD₁₇)

Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor und der HAMD₁₇ als abhängige Variable sind im Anhang A.4 (S. 196) dargestellt. Die Voraussetzungen waren erfüllt. In die Analyse wurden 156 der 168 Patienten einbezogen, da zwölf Patienten die Teilnahme am Telefoninterview ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt ablehnten und daher für diese Patienten keine HAMD₁₇-Werte zu t_3 vorlagen.

Die statistischen Kennwerte der im Folgenden dargestellten Befunde sind in der Tabelle 3.12 (S. 68) zusammengefasst. Die Werte in der HAMD₁₇ zu t_1 und t_2 für Patienten mit

und ohne Persönlichkeitsstörungen sind in der Abbildung 3.4 (S. 69) dargestellt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen in der HAMD₁₇ zu t_1 und t_2 , die Effektstärken d für Messwiederholung zur Erfassung der Stärke der Abnahme der Depressivität von t_1 nach t_2 sowie die Effektstärke Cohens d für den Unterschied in der HAMD₁₇ zu t_2 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen sind in der Tabelle 3.13 zusammengefasst.

Für die Fremdbeurteilung der Depressionsschwere (HAMD₁₇) wiesen die Haupteffekte „Zeit“ und „Persönlichkeitsstörung“ sowie der Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“ auf signifikante Unterschiede hin (siehe Tabelle 3.12).

Symptomveränderung t_1 - t_2 : Die hypothesengeleitete Kontrastanalyse zeigte, dass es in der Gesamtpatientengruppe eine signifikante Abnahme der Depressivität (HAMD₁₇) vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt gab (Haupteffekt „Zeit“) und sich Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Stärke dieser Symptomabnahme nicht signifikant voneinander unterschieden (Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“). Die Effektstärke d für Messwiederholung betrug für Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen $d = 3.09$ und für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen $d = 3.13$.

Symptomschwere t_2 : Die hypothesengeleitete Kontrastanalyse zeigte, dass sich Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Depressivität (HAMD₁₇) zu t_2 nicht signifikant voneinander unterschieden (Cohens $d = .09$).

Tabelle 3.12 Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der Depressivität von t_1 nach t_2 bzw. der Depressionsausprägung zu t_2 - erfasst anhand der HAMD₁₇ - von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (zweifaktorielle univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor, Zwischensubjektfaktor „PS“ 2-fach gestuft)

Univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (drei Messzeitpunkte)											
Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“				Haupteffekt „PS“			
<i>df</i>	<i>F</i> _{Pillai-Spur}	<i>p</i>	η²	<i>df</i>	<i>F</i> _{Pillai-Spur}	<i>p</i>	η²	<i>df</i>	<i>F</i> _{Pillai-Spur}	<i>p</i>	η²
2; 153	415.37	<.001	.84	2; 153	3.96	.02	.05	1; 154	5.12	.03	.03
Kontrastanalyse: Symptomabnahme t ₁ → t ₂											
Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“							
<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η²	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η²				
1; 154	728.78	<.001	.83	1; 154	0.05	.82	<.001				
Kontrastanalyse: Symptomschwere t ₂											
								Haupteffekt „PS“			
								<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η²
								1; 154	0.16	.69	.001

Anmerkungen. $N_{\text{Gesamt}} = 156$ ($n_{\text{ohnePS}} = 93$, $n_{\text{mitPS}} = 63$).

HAMD₁₇: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. PS: Persönlichkeitsstörung. η^2 : Effektstärke η^2 . t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

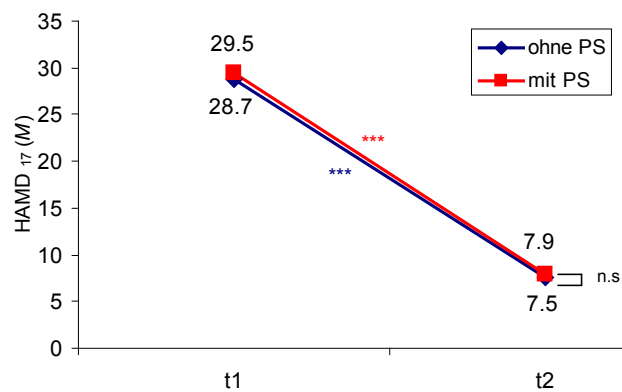


Abbildung 3.4 Mittelwerte (M) in der HAMD₁₇ zu t₁ und t₂ von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. t₁: Beginn der stationären Behandlung. t₂: Ende der stationären Behandlung.

*** $p < .001$, n.s. nicht signifikant.

Tabelle 3.13 Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der HAMD₁₇-Werte von t₁ nach t₂ (d_{t1-t2}) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede in der HAMD₁₇ zu t₂ zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t2})

		t ₁ M (SD)	t ₂ M (SD)	d_{t1-t2}^a	d_{t2}
HAMD₁₇	mit PS	29.48 (6.39)	7.90 (7.35)	3.13	.09
	ohne PS	28.68 (7.58)	7.46 (6.50)	3.09	

Anmerkungen. $N_{\text{Gesamt}} = 156$ ($n_{\text{ohnePS}} = 93$, $n_{\text{mitPS}} = 63$).

HAMD₁₇: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. t₁: Beginn der stationären Behandlung. t₂: Ende der stationären Behandlung.

^a Die Effektstärken zeigen eine Abnahme der Depressivität an.

3.4.1.3 Selbstbeurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF12)

Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor und dem PSF12 sowie dem KSF12 als abhängige Variablen sind im Anhang A.5 (S. 197) dargestellt. Die Voraussetzungen waren erfüllt. In die Analyse wurden die 127 der 168 Patienten einbezogen, für die der SF12 zu allen drei Messzeitpunkten vollständig vorlag.

Die statistischen Kennwerte der im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind in der Tabelle 3.14 (S. 71) zusammengefasst. Die Werte im PSF12 und KSF12 zu t₁ und t₂ für Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen sind in den Abbildungen 3.5 und 3.6 (S. 70) dargestellt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen im PSF12 und KSF12 zu t₁ und t₂, die Effektstärken d für Messwiederholung zur Erfassung der Stärke der Veränderung von t₁ nach t₂ sowie die Effektstärken Cohens d für das Ausmaß der Unterschiede im PSF12 und KSF12 zu t₂ zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen sind in der Tabelle 3.15 (S. 71) zusammengefasst.

Für die gesundheitsbezogene Lebensqualität (kombinierte abhängige Variable aus PSF12 und KSF12) wiesen die multivariaten Haupteffekte „Zeit“ und „Persönlichkeitsstörung“ sowie der multivariate Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“ auf signifikante Unterschiede hin (siehe Tabelle 3.14).

Symptomveränderung t_1 - t_2 : Die hypothesengeleiteten univariaten Kontrastanalysen zeigten, dass es in der Gesamtpatientengruppe eine signifikante Zunahme der psychischen und körperlichen Gesundheit (PSF12 & KSF12) vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt gab (Haupteffekt „Zeit“) und sich Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen im Ausmaß dieser Veränderung nicht signifikant voneinander unterschieden (Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“). Die Effektstärken d für Messwiederholung (siehe Tabelle 3.15) wiesen auf eine große Zunahme der psychischen Gesundheit ($d_{\text{PSF12}} > .80$) und auf eine moderate Zunahme der körperlichen Gesundheit ($d_{\text{KSF12}} = .40 - .80$) in beiden Patientengruppen hin.

Symptomschwere t_2 : Es lag ein statistischer Trend ($p < .10$) vor, der darauf hindeutet, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu t_2 eine geringere psychische Gesundheit (PSF12) aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (Cohens $d_{\text{PSF12}} = .35$). Bezüglich der körperlichen Gesundheit (KSF12) gab es zu t_2 keinen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (Cohens $d_{\text{KSF12}} = .10$).

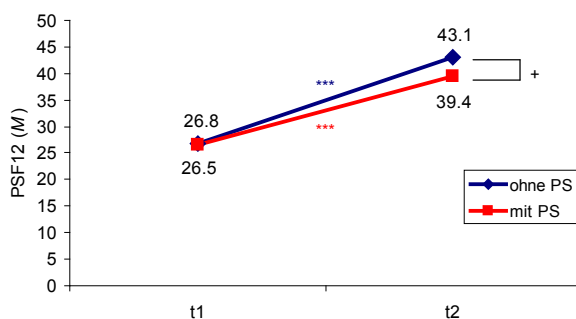


Abbildung 3.5 Mittelwerte (M) im PSF12 zu t_1 und t_2 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **PSF12:** Skala Psychische Gesundheit des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **PS:** Persönlichkeitsstörung. **t₁:** Beginn der stationären Behandlung. **t₂:** Ende der stationären Behandlung.

*** $p < .001$, + $p < .10$.

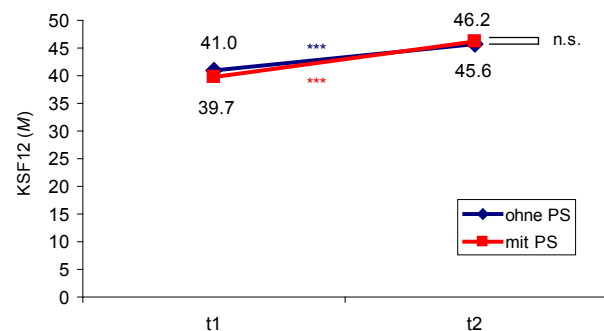


Abbildung 3.6 Mittelwerte (M) im KSF12 zu t_1 und t_2 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **KSF12:** Skala Körperliche Gesundheit des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **PS:** Persönlichkeitsstörung. **t₁:** Beginn der stationären Behandlung. **t₂:** Ende der stationären Behandlung.

*** $p < .001$, n.s. nicht signifikant.

Tabelle 3.14 Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von t_1 nach t_2 bzw. der Stärke der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu t_2 - erfasst anhand **PSF12** und **KSF12** - von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor, Zwischensubjektfaktor „PS“ 2-fach gestuft)

Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (drei Messzeitpunkte)												
	Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“				Haupteffekt „PS“			
	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²
PSF12, KSF12	4; 122	69.99	<.001	.70	4; 122	5.18	.001	.15	2; 124	4.23	.02	.06
Kontrastanalyse: Symptomabnahme t ₁ → t ₂												
	Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“							
	df	F	p	η²	df	F	p	η²				
PSF12 ^a	1; 125	190.53	<.001	.60	1; 125	2.62	.11	.02				
KSF12 ^a	1; 125	40.84	<.001	.25	1; 125	1.11	.29	.01				
Kontrastanalyse: Symptomschwere t ₂												
									Haupteffekt „PS“			
									df	F	p	η²
PSF12 ^a									1; 125	3.90	.046	.03
KSF12 ^a									1; 125	0.11	.74	.001

Anmerkungen. $N_{\text{Gesamt}} = 127$ ($n_{\text{ohnePS}} = 72$, $n_{\text{mitPS}} = 55$).

KSF12 & PSF12: Skala *Körperliche Gesundheit* und *Psychische Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **PS:** Persönlichkeitsstörung. η^2 : Effektstärke η^2 . t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

^a α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Tests mit korrelierten abhängigen Variablen: $\alpha_{\text{korrr}} = .025$ (Tabachnick & Fidell, 2007).

Tabelle 3.15 Effektstärken d für die Veränderung der Werte im KSF12 und PSF12 von t_1 nach t_2 (d_{t1-t2}) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede im PSF12 und KSF12 zu t_2 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t2})

		t_1 M (SD)	t_2 M (SD)	d_{t1-t2}^a	d_{t2}
KSF12	mit PS	39.72 (11.67)	46.22 (10.35)	.59	.10
	ohne PS	40.96 (10.58)	45.62 (10.11)	.45	
PSF12	mit PS	26.54 (7.96)	39.44 (11.27)	1.32	.35
	ohne PS	26.79 (8.42)	43.12 (9.69)	1.80	

Anmerkungen. $N_{\text{Gesamt}} = 127$ ($n_{\text{ohnePS}} = 72$, $n_{\text{mitPS}} = 55$).

KSF12 & PSF12: Skala *Körperliche Gesundheit* und *Psychische Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **PS:** Persönlichkeitsstörung. t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

^a Die Effektstärken zeigen eine Zunahme der gesundheitsbezogenen Lebensqualität an.

Kontrolle konfundierender Variablen

Um zu untersuchen, ob die Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen im PSF12 zu t_2 möglicherweise darauf zurückgeführt werden können, dass sich die Patientengruppen auch hinsichtlich weiterer relevanter Merkmale unterschieden, wurde eine schrittweise Regressionsanalyse (Methode: backward) mit dem PSF12 zu t_2 als abhängige Variable durchgeführt. Als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - soziodemographische, störungs- und behandlungsrelevante Variablen einbezogen, in denen Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen vorlagen (siehe Anmerkungen zu der Tabelle 3.16). Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse mit dem PSF12 zu t_2 als abhängige Variable sind im Anhang A.6 (S. 197) dargestellt. Die Voraussetzungen waren erfüllt.

Die Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse sind in der Tabelle 3.16 zusammengefasst. Es zeigte sich, dass die Depressivität (BDI) zu t_1 die psychische Gesundheit (PSF12) zu t_2 vorhersagte. Je höher der BDI-Wert zu t_1 war, desto geringer war der PSF12-Wert und damit die psychische Gesundheit zu t_2 . Außerdem lag ein statistischer Trend ($p < .10$) vor, der darauf hindeutet, dass der Familienstand „ledig“ einen höheren PSF12-Wert und damit eine höhere psychische Gesundheit zu t_2 vorhersagte. Unabhängig davon hatten weitere Prädiktoren - inklusive das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - keine Vorhersagekraft für die psychische Gesundheit zu t_2 .

Tabelle 3.16 Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der psychischen Gesundheit zu t_2 erfasst anhand des PSF12 (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab^a)

	B (SE)	β	t	p	95 % Konfidenzintervall für B	
					untere Grenze	obere Grenze
BDI t_1	-0.30 (0.08)	-.31	-368	<.001	-0.47	-0.14
Familienstand „ledig“	3.81 (1.99)	.16	1.92	.06	-0.13	7.75
Konstante	47.26 (3.08)		15.33	<.001	41.16	53.36

Anmerkungen. N = 127, $R^2 = .14$.

BDI: Beck Depressionsinventar. **PSF12:** Skala *Psychische Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short-Form 12. **t_1 :** Beginn der stationären Behandlung. **t_2 :** Ende der stationären Behandlung.

^a Prädiktoren: (1) Alter, (2) BDI t_1 , (3) BSI-GSI t_1 , (4) Familienstand „ledig“, (5) komorbide Achse I Störung, (6) Einzel-KVT $t_1 \rightarrow t_2$, (7) Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika $t_1 \rightarrow t_2$, (8) Augmentationsbehandlung mit Stimmungsstabilisierern $t_1 \rightarrow t_2$, (9) Persönlichkeitsstörung.

In der Abbildung 3.7 sind die Effektstärken d für Messwiederholung sowohl für Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen für die Abnahme der Depressivität (HAMD₁₇, BDI) und der psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI) sowie die Zunahme der psychischen (PSF12) und körperlichen (KSF12) gesundheitsbezogenen Lebensqualität von t_1 nach t_2 zusammenfassend dargestellt.

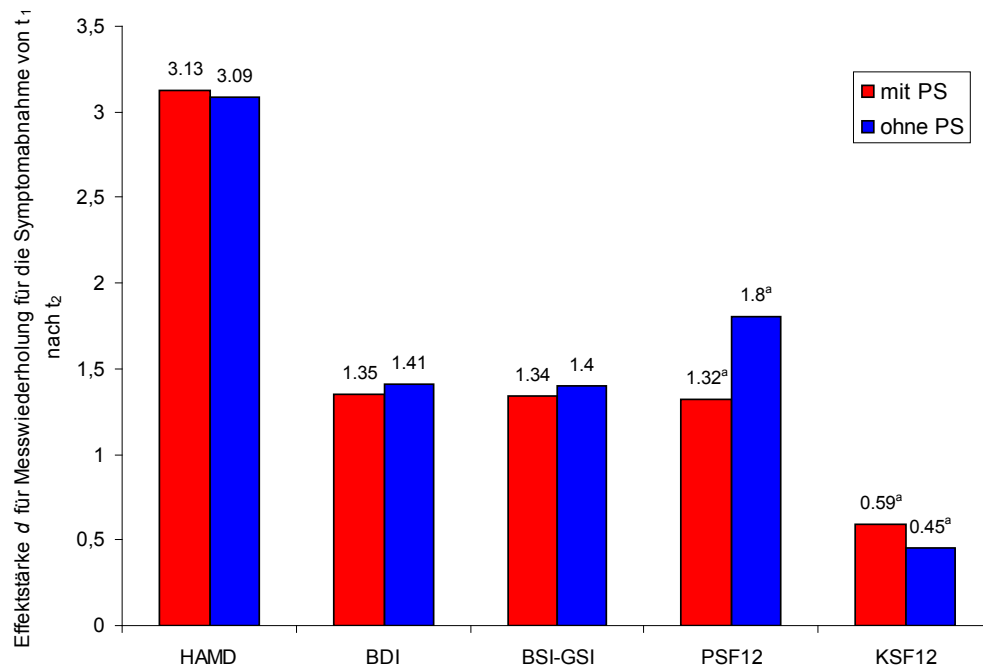


Abbildung 3.7 Effektstärken d für Messwiederholung für die Symptomabnahme von t_1 nach t_2 bei Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **BDI:** Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD:** Hamilton Depressionsskala. **KSF12 & PSF12:** Skala Körperliche Gesundheit und Psychische Gesundheit des Gesundheitsfragebogens Short-Form 12. **PS:** Persönlichkeitsstörung. **t_1 :** Beginn der stationären Behandlung. **t_2 :** Ende der stationären Behandlung.

^a Im PSF12 und KSF12 zeigen die Effektstärken eine *Zunahme* der psychischen und körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität an.

Statistisch und klinisch bedeutsame Symptomverbesserung

Die in der vorliegenden Untersuchung zur Berechnung des *reliable change index* verwendeten Retestreliabilitätskoeffizienten für die eingesetzten Inventare sind in der Tabelle 0.5 im Anhang C (S. 210) dargestellt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen für gesunde Normstichproben in den Inventaren sind in der Tabelle 0.6 im Anhang C (S. 210) zusammengefasst.

Sowohl hinsichtlich der Häufigkeit **statistisch** als auch **klinisch bedeutsam gebesserter Patienten** zeigten sich in keinem der eingesetzten Inventare (HAMD₁₇, BDI, BSI-GSI, PSF12 und KSF12) signifikante Unterschiede zwischen den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (siehe Tabelle 3.17 & 3.18, S. 74).

Tabelle 3.17 Ergebnisse zum Vergleich der Häufigkeit statistisch bedeutsam gebesserter Patienten von t_1 nach t_2 in den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

	N ohne PS, mit PS	Statistisch bedeutsam gebesserte Patienten					
		ohne PS	mit PS	df	χ^2	p	φ
		% (n)	% (n)				
HAMD ₁₇	93, 63	81.7 (76)	87.3 (55)	1	0.87	.35	.08
BDI	99, 67	37.4 (37)	44.8 (30)	1	0.91	.34	.07
BSI-GSI	99, 67	51.5 (51)	64.2 (43)	1	2.69	.11	.13
KSF12	72, 55	15.3 (11)	27.3 (15)	1	2.76	.10	.15
PSF12	72, 55	66.7 (48)	54.5 (30)	1	1.93	.16	-.12

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **KSF12** & **PSF12**: Skala *Körperliche Gesundheit* und *Psychische Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **PS**: Persönlichkeitsstörung. φ : Effektstärke ϕ . t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

Tabelle 3.18 Ergebnisse zum Vergleich der Häufigkeit klinisch bedeutsam gebesserter Patienten von t_1 nach t_2 in den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

	N ohne PS, mit PS	Klinisch bedeutsam gebesserte Patienten					
		ohne PS	mit PS	df	χ^2	p	φ
		% (n)	% (n)				
HAMD ₁₇	93, 63	77.4 (72)	79.4 (50)	1	0.08	.77	.02
BDI	99, 67	31.3 (31)	34.3 (23)	1	0.16	.68	.03
BSI-GSI	99, 67	45.5 (45)	47.8 (32)	1	0.09	.77	.02
KSF12	72, 55	15.3 (11)	27.3 (15)	1	2.76	.10	.15
PSF12	72, 55	62.5 (45)	49.1 (27)	1	2.28	.13	.13

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **KSF12** & **PSF12**: Skala *Körperliche Gesundheit* und *Psychische Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **PS**: Persönlichkeitsstörung. φ : Effektstärke ϕ . t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

Recoveryraten

Es wurde untersucht, ob es Unterschiede zwischen den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Häufigkeit derjenigen Patienten gab, die nach Abschluss der stationären Behandlung das Recoverykriterium in den eingesetzten Inventaren erreichten (HAMD₁₇ < 8, BDI < 11, $T_{\text{BSI-GSI}} < 63$, für den SF12 liegen keine Recoverykriterien vor). Die Ergebnisse sind in der Tabelle 3.19 zusammengefasst. Es zeigte sich, dass nach Behandlungsende weniger Patienten mit Persönlichkeitsstörungen das Recoverykriterium bezüglich der psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI) er-

reichten als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (46 % vs. 66 %). Hinsichtlich der Depressivität (HAMD₁₇, BDI) lag zu t_2 kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen hinsichtlich der Häufigkeit „geheilter“ Patienten vor.

Tabelle 3.19 Ergebnisse zum Vergleich der Recoveryraten in der HAMD₁₇ (HAMD₁₇ < 8), im BDI (BDI < 11) und im BSI-GSI ($T_{\text{BSI-GSI}} < 63$) zu t_2 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

	N ohne PS, mit PS	Recoveryraten zu t_2		df	χ^2	p	ϕ
		ohne PS % (n)	mit PS % (n)				
HAMD ₁₇	93, 63	64.5 (60)	66.7 (42)	1	0.08	.78	.02
BDI	99, 67	51.5 (51)	38.8 (26)	1	2.60	.11	.13
BSI-GSI	99, 67	65.7 (65)	46.3 (31)	1	6.16	.01	.19

Anmerkungen. **BDI:** Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇:** 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS:** Persönlichkeitsstörung. ϕ : Effektstärke ϕ . t_2 : Ende der stationären Behandlung.

3.4.1.4 Zusammenfassung

H 1a: Sowohl Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen erzielten vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt eine signifikante Symptomreduktion.

Erwartungskonform erreichten sowohl Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt eine bedeutsame Reduktion ihrer depressiven Symptomatik (HAMD₁₇, BDI) und psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI) sowie eine bedeutsame Zunahme ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (PSF12, KSF12). Die beiden Patientengruppen unterschieden sich hinsichtlich des Ausmaßes der Symptomreduktion sowie der Häufigkeit statistisch bedeutsam gebesserter Patienten nicht signifikant voneinander.

H 1b: Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen zum Entlassungszeitpunkt eine höhere Symptomschwere, geringere Raten klinisch bedeutsamer Verbesserungen sowie geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Erwartungskonform wiesen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nach Abschluss des stationären Aufenthaltes eine signifikant stärkere **psychische Gesamtbelastung** (Cohens $d_{\text{BSI-GSI}} = .44$) sowie eine geringere Recoveryrate im BSI-GSI (46 % vs. 66 %) auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Hinsichtlich der Häufigkeit klinisch bedeutsam gebesserter Patienten lag jedoch im BSI-GSI kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen vor. Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen und einer höheren psychischen Gesamtbelastung nach erfolgter Behandlung blieb nach Kontrolle der vergleichsweise höheren Symptom-

belastung in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen zu Behandlungsbeginn und Unterschieden in weiteren störungsrelevanten Merkmalen zwischen den beiden Patientengruppen nicht bestehen.

Für die **Selbstbeurteilung der Depressionsschwere** (BDI) sowie die **psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität** (PSF12) lag ein statistischer Trend ($p < .10$) vor, der darauf hindeutet, dass die Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen zum Entlassungszeitpunkt stärker belastet war als die Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen. Die Effektstärke Cohens $d_{BDI} = .31$ sowie die qualitative Einschätzung der Depressionsschwere nach Beck et al. (1988) weisen jedoch darauf hin, dass der Unterschied in der selbstbeurteilten Depressionsschwere nach Abschluss der stationären Behandlung zwischen den beiden Patientengruppen klinisch wenig bedeutsam war. Über dies hinaus unterschieden sich die Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen in der Häufigkeit klinisch bedeutsam gebesserter Patienten sowie der Recoveryrate im BDI zum Entlassungszeitpunkt nicht signifikant voneinander.

Auch für die psychische Gesundheit weist die Effektstärke Cohens $d_{PSF12} = .35$ darauf hin, dass der Unterschied zwischen den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen am Ende der stationären Behandlung wenig bedeutsam war. Außerdem lag kein Unterschied in der Häufigkeit klinisch signifikant gebesserter Patienten im PSF12 zwischen den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen vor.

Hinsichtlich des Ausmaßes der **fremdbeurteilten Depressivität** (HAMD₁₇) und der **körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität** (KSF12), der Häufigkeit klinisch bedeutsamer Verbesserungen im KSF12 und in der HAMD₁₇ sowie der Recoveryrate in der HAMD₁₇ zeigte sich entgegen der Annahme nach Abschluss der stationären Behandlung kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.

Demnach konnte für die Depressivität (BDI, HAMD₁₇) sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität (PSF12, KSF12) die Hypothese nicht bestätigt werden, dass es einen klinisch bedeutsamen Unterschied im Behandlungserfolg zwischen den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen nach dem stationären Aufenthalt gibt. Hingegen wiesen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erwartungskonform nach Abschluss der stationären Behandlung eine signifikant stärker ausgeprägte psychische Gesamtbelastung (Cohens $d_{BSI-GSI} = .44$) und eine geringere Recoveryrate im BSI-GSI auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

3.4.2 Längerfristiger Behandlungserfolg

Hinsichtlich des Krankheitsverlaufs im ersten Jahr nach der stationären Behandlung wurden in Kapitel 1.4 (S. 21 ff.) folgende Hypothesen abgeleitet:

H 1c: Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt eine stärkere Symptomzunahme auf und erfüllen im ersten poststationären Jahr häufiger die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

H 1d: Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen zum Katamnesezeitpunkt eine höhere Symptomschwere und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

3.4.2.1 Selbstbeurteilung der Depressionsschwere (BDI) und der psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI)

Die statistischen Kennwerte der im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind in der Tabelle 3.20 (S. 78) zusammengefasst. Die Werte im BDI und BSI-GSI zu t_2 und t_3 für Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen sind in den Abbildungen 3.8 und 3.9 (S. 79) dargestellt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen im BDI und BSI-GSI zu t_2 und t_3 , die Effektstärken d für Messwiederholung zur Erfassung der Stärke der Symptomveränderung von t_2 nach t_3 sowie die Effektstärken Cohens d für das Ausmaß der Unterschiede in der Symptomschwere zu t_3 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen sind in der Tabelle 3.21 (S. 79) zusammengefasst.

Symptomveränderung t_2 - t_3 : Die hypothesengeleiteten Kontrastanalysen (siehe Tabelle 3.20) zeigten, dass es zwar in der Gesamtpatientengruppe keine signifikante Veränderung der Depressivität (BDI) von t_2 nach t_3 gab (Haupteffekt „Zeit“). Der Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“ wies aber auf einen signifikanten Unterschied im Ausmaß der Veränderung der Depressivität zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hin. Post-hoc-Analysen mit α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Vergleiche ($\alpha_{\text{korrr}} = .025$) zeigten, dass Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen keine signifikante Veränderung ihrer Depressivität von t_2 nach t_3 aufwiesen (BDI: $t(98) = 1.94$, $p = .11$). Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hingegen zeigten eine signifikante Zunahme ihrer Depressivität von t_2 nach t_3 (BDI: $t(66) = -2.59$, $p < .01$), wobei die Effektstärke für Messwiederholung $d = .31$ auf eine geringe Verschlechterung hinwies.

Für die psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) lag nach α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Vergleiche mit korrelierten abhängigen Variablen (Tabachnick & Fidell, 2007; $\alpha_{\text{korrr}} = .025$) ein statistischer Trend vor, der auf eine Veränderung der psychischen Gesamtbelastung in der Gesamtpatientengruppe von t_2 nach t_3 hindeutet (Haupteffekt „Zeit“). Der Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“ wies außerdem auf einen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Ausmaßes dieser Veränderung zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hin. Post-hoc-Analysen mit α -Fehler-

Korrektur aufgrund multipler Vergleiche ($\alpha_{\text{kor}} = .025$) zeigten, dass Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen keine signifikante Veränderung ihrer psychischen Gesamtbelastung von t_2 nach t_3 aufwiesen (BSI-GSI: $t(98) = -.91, p = .37$). Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hingegen zeigten eine signifikante Zunahme ihrer psychischen Gesamtbelastung von t_2 nach t_3 (BSI-GSI: $t(66) = 3.74, p < .001$), wobei die Effektstärke für Messwiederholung $d = .42$ auf eine geringe Verschlechterung hinwies.

Symptomschwere t_3 : Die hypothesengeleiteten Kontrastanalysen (siehe Tabelle 3.20) zeigten, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu t_3 eine signifikant stärkere Depressivität (BDI) und psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Die Effektstärken Cohens $d_{\text{BDI}} = .60$ und $d_{\text{BSI-GSI}} = .77$ zeigten hierbei moderate Unterschiede an. Entsprechend der Kriterien von Beck et al. (1988) wiesen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu t_3 eine moderate ($M_{\text{BDI}} = 19.2$), Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen eine leichte ($M_{\text{BDI}} = 11.7$) Depression auf.

Tabelle 3.20 Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der Symptomatik von t_2 nach t_3 bzw. der Symptomstärke zu t_3 - erfasst anhand des **BDI** und **BSI-GSI** - von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor, Zwischenssubjektfaktor „PS“ 2-fach gestuft)

Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (drei Messzeitpunkte)												
	Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“				Haupteffekt „PS“			
	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²
BDI, BSI-GSI	4; 161	91.78	<.001	.70	4; 161	3.12	.017	.07	2; 163	12.71	<.001	.14

Univariate Kontrastanalyse: Symptomabnahme t ₂ → t ₃												
	Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“							
	df	F	p	η²	df	F	p	η²				
BDI^a	1; 164	0.64	.43	.001	1; 164	8.75	.004	.05				
BSI-GSI^a	1; 164	4.82	.03	.03	1; 164	11.40	.001	.06				

Univariate Kontrastanalyse: Symptomschwere t ₃												
									Haupteffekt „PS“			
									df	F	p	η²
BDI^a									1; 164	15.55	<.001	.09
BSI-GSI^a									1; 164	27.31	<.001	.14

Anmerkungen. $N_{\text{Gesamt}} = 166$ ($n_{\text{ohnePS}} = 99, n_{\text{mitPS}} = 67$).

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PS:** Persönlichkeitsstörung. η^2 : Effektstärke η^2 . t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Tests mit korrelierten abhängigen Variablen: $\alpha_{\text{kor}} = .025$ (Tabachnick & Fidell, 2007).

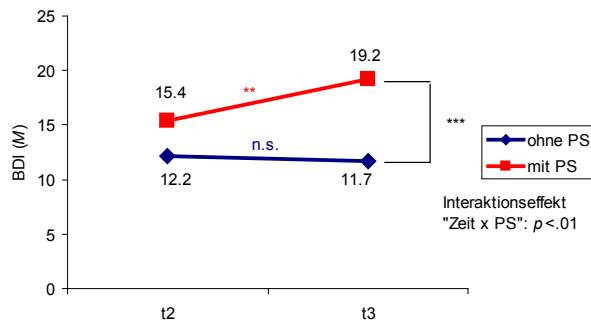


Abbildung 3.8 Mittelwerte (M) im BDI zu t₂ und t₃ von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **PS**: Persönlichkeitsstörung. t₂: Ende der stationären Behandlung. t₃: ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

*** $p < .001$, ** $p < .01$, n.s. nicht signifikant.

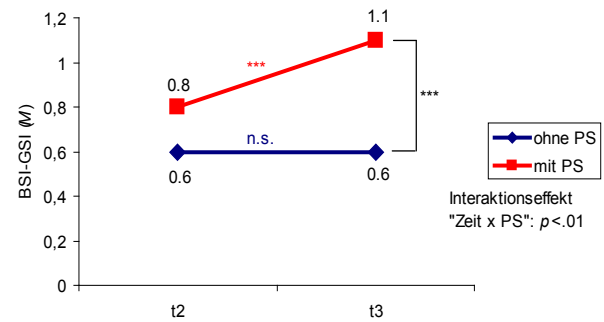


Abbildung 3.9 Mittelwerte (M) im BSI-GSI zu t₂ und t₃ von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PS**: Persönlichkeitsstörung. t₂: Ende der stationären Behandlung. t₃: ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

*** $p < .001$, n.s. nicht signifikant.

Tabelle 3.21 Effektstärken d für die Veränderung der BDI- und BSI-GSI-Werte von t₂ nach t₃ ($d_{t_2-t_3}$) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede im BDI und BSI-GSI zu t₃ zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t_3})

		t ₂ M (SD)	t ₃ M (SD)	$d_{t_2-t_3}$ ^a	d_{t_3}
BDI	mit PS	15.37 (11.21)	19.16 (13.32)	.31	.60
	ohne PS	12.23 (8.67)	11.73 (11.61)	-.05	
BSI-GSI	mit PS	0.81 (0.65)	1.14 (0.78)	.42	.77
	ohne PS	0.56 (0.48)	0.60 (0.64)	.05	

Anmerkungen. $N_{\text{Gesamt}} = 166$ ($n_{\text{ohnePS}} = 99$, $n_{\text{mitPS}} = 67$).

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PS**: Persönlichkeitsstörung. t₂: Ende der stationären Behandlung. t₃: ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Positive Effektstärken zeigen eine Zunahme, negative Effektstärken eine Abnahme der Symptom-schwere an.

Kontrolle konfundierender Variablen

Um zu untersuchen, ob die Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen im BDI und BSI-GSI zu t₃ möglicherweise darauf zurückgeführt werden können, dass sich die Patientengruppen auch hinsichtlich weiterer relevanter Variablen unterschieden, wurden schrittweise Regressionsanalysen (Methode: backward) mit dem BDI und dem BSI-GSI zu t₃ als abhängige Variablen durchgeführt. Als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - soziodemographische, störungs- und behandlungsrelevante Variablen einbezogen, in denen es Unter-

schiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab (siehe Anmerkungen zu den Tabellen 3.22 & 3.23).

1) **BDI**: Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse mit dem BDI zu t_3 als abhängige Variable sind im Anhang A.7 (S. 198) dargestellt. Da es Voraussetzungsverletzungen für die Werte im BDI zu t_3 gab, wurde eine Wurzel-Transformation der BDI-Werte zu t_3 vorgenommen (BDI_{Wurzel}). Hierfür waren die Voraussetzungen erfüllt.

Die Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse sind in der Tabelle 3.22 zusammengefasst. Es zeigte sich, dass die Werte im BSI-GSI zu t_1 sowie im BDI zu t_2 den BDI_{Wurzel} -Wert zu t_3 vorhersagten. Je stärker die psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) zu t_1 und die Depressivität (BDI) zu t_2 ausgeprägt waren, desto stärker war die Depressivität (BDI) zu t_3 . Weiterhin zeigte sich, dass unabhängig von den Variablen, in denen sich die Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen unterschieden, auch das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen einen stärkere Depressivität im BDI zu t_3 vorhersagte.

Tabelle 3.22 Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der Depressivität zu t_3 erfasst anhand des BDI_{Wurzel} (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab^a)

	B (SE)	β	t	p	95 % Konfidenzintervall für B	
					untere Grenze	obere Grenze
BSI-GSI t_1	0.47 (0.18)	.19	2.56	.01	0.11	0.83
BDI t_2	0.08 (0.01)	.47	6.80	<.001	0.06	0.10
Persönlichkeitsstörung	0.55 (0.22)	.16	2.50	.01	0.11	0.98
Konstante	1.65 (0.24)		6.78	<.001	1.17	2.13

Anmerkungen. N = 165, $R^2 = .40$.

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach der stationären Behandlung. **Wurzel**: Wurzel-transformierter Wert.

^a Prädiktoren: (1) Alter, (2) BDI t_1 , (3) BSI-GSI t_1 , (4) BDI t_2 , (5) BSI-GSI t_2 , (6) Persönlichkeitsstörung, (7) Familienstand „ledig“, (8) komorbide Achse I Störung, (9) Einzel-KVT $t_1 \rightarrow t_2$, (10) Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika $t_1 \rightarrow t_2$, (11) Augmentationsbehandlung mit Stimmungsstabilisierern $t_1 \rightarrow t_2$, (12) ambulante Gruppenpsychotherapie. (Die Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika zu t_3 wurde nicht als Prädiktor aufgenommen, weil die Angaben hierzu nur für einen reduzierten Datensatz vorlagen.)

2) **BSI-GSI**: Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse mit dem BSI-GSI zu t_3 als abhängige Variable sind im Anhang A.8 (S. 198) dargestellt. Da es Voraussetzungsverletzungen für die Werte im BSI-GSI zu t_3 gab, wurde eine Wurzel-Transformation der BSI-GSI-Werte zu t_3 vorgenommen ($BSI-GSI_{\text{Wurzel}}$). Hierfür waren die Voraussetzungen erfüllt.

Die Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse sind in der Tabelle 3.23 zusammengefasst. Es zeigte sich, dass die Werte im BSI-GSI zu t_1 und t_2 den BSI-GSI_{Wurzel}-Wert zu t_3 vorhersagten. Je stärker die psychische Gesamtbelastung zu t_1 und t_2 ausgeprägt war, desto höher war auch die psychische Gesamtbelastung zu t_3 . Weiterhin zeigte sich, dass unabhängig von den Variablen, in denen sich die Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen unterschieden, auch das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen eine stärker ausgeprägte psychische Gesamtbelastung zu t_3 vorhersagte. Außerdem lag ein statistischer Trend ($p < .10$) vor, der darauf hindeutet, dass Patienten, die während der stationären Behandlung eine Augmentationsbehandlung mit Stimmungsstabilisierern (z.B. Lithium, Carbamazepin, Valproat) erhielten, ein Jahr nach Klinikaufenthalt eine höhere psychische Gesamtbelastung aufwiesen als Patienten, die nicht mit Stimmungsstabilisierern augmentiert wurden.

Tabelle 3.23 Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der psychischen Gesamtbelastung zu t_3 erfasst anhand des BSI-GSI_{Wurzel} (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab^a)

	B (SE)	β	t	p	95 % Konfidenzintervall für B	
					untere Grenze	obere Grenze
BSI-GSI t_1	0.18 (0.05)	.27	3.82	<.001	0.09	0.27
BSI-GSI t_2	0.31 (0.05)	.40	5.95	<.001	0.20	0.41
Persönlichkeitsstörung	0.20 (0.05)	.26	3.65	<.001	0.09	0.30
AD + MS $t_1 \rightarrow t_2$	0.12 (0.07)	.10	1.72	.09	-0.02	0.26
Konstante	0.24 (0.06)		4.11	<.001	0.13	0.36

Anmerkungen. N = 165. $R^2 = .48$.

AD: Antidepressiva. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **MS:** Stimmungsstabilisierer (Mood Stabilizer). **t_1 :** Beginn der stationären Behandlung. **t_2 :** Ende der stationären Behandlung. **t_3 :** ein Jahr nach der stationären Behandlung. **Wurzel:** Wurzel-transformierter Wert.

^a Prädiktoren: (1) Alter, (2) BDI t_1 , (3) BSI-GSI t_1 , (4) BDI t_2 , (5) BSI-GSI t_2 , (6) Persönlichkeitsstörung, (7) Familienstand „ledig“, (8) komorbide Achse I Störung, (9) Einzel-KVT $t_1 \rightarrow t_2$, (10) Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika $t_1 \rightarrow t_2$, (11) Augmentationsbehandlung mit Stimmungsstabilisierern $t_1 \rightarrow t_2$, (12) ambulante Gruppenpsychotherapie. (Die Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika zu t_3 wurde nicht als Prädiktor aufgenommen, weil die Angaben hierzu nur für einen reduzierten Datensatz vorlagen.)

3.4.2.2 Fremdbeurteilung der Depressionsschwere (HAMD₁₇)

Die statistischen Kennwerte der im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind in der Tabelle 3.24 (S. 82) zusammengefasst. Die Werte in der HAMD₁₇ zu t_2 und t_3 sind in der Abbildung 3.10 (S. 83) dargestellt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen in der HAMD₁₇ zu t_2 und t_3 , die Effektstärken d für Messwiederholung sowie die Effektstärke

Cohens d für den Unterschied in der $HAMD_{17}$ zu t_3 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen sind in der Tabelle 3.25 zusammengefasst.

Symptomveränderung t_2 - t_3 : Die hypothesengeleitete Kontrastanalyse (siehe Tabelle 3.24) zeigte einen statistischen Trend ($p < .10$), der darauf hindeutet, dass es in der Gesamtpatientengruppe eine Veränderung der Depressivität ($HAMD_{17}$) von t_2 nach t_3 gab (Haupteffekt „Zeit“). Der Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“ wies außerdem auf einen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Ausmaßes der Veränderung in der $HAMD_{17}$ zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hin. Post-hoc-Analysen mit α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Vergleiche ($\alpha_{\text{korrt}} = .025$) zeigten, dass Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen keine signifikante Veränderung ihrer Depressivität von t_2 nach t_3 aufwiesen ($HAMD_{17}$: $t(92) = .76$, $p = .45$). Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hingegen zeigten eine signifikante Zunahme ihrer Depressivität ($HAMD_{17}$: $t(62) = -2.76$, $p = .008$), wobei die Effektstärke für Messwiederholung $d = .38$ auf eine geringe Verschlechterung hinwies.

Symptomschwere t_3 : Die hypothesengeleitete Kontrastanalyse (siehe Tabelle 3.24) zeigte, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu t_3 eine signifikant stärkere Depressivität ($HAMD_{17}$) aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (Cohens $d = .52$).

Tabelle 3.24 Ergebnisse zum Vergleich des Ausmaßes der Veränderung der Depressivität von t_2 nach t_3 sowie der Depressionsausprägung zu t_3 - erfasst anhand der $HAMD_{17}$ - von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (zweifaktorielle univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor, Zwischensubjektfaktor „PS“ 2-fach gestuft)

Univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (drei Messzeitpunkte)											
Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“				Haupteffekt „PS“			
df	$F_{\text{Pillai-Spur}}$	p	η^2	df	$F_{\text{Pillai-Spur}}$	p	η^2	df	$F_{\text{Pillai-Spur}}$	p	η^2
2; 153	415.37	<.001	.84	2; 153	3.96	.02	.05	1; 154	5.12	.03	.03

Kontrastanalyse: Symptomabnahme $t_2 \rightarrow t_3$							
Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“			
df	F	p	η^2	df	F	p	η^2
1; 154	2.92	.09	.02	1; 154	7.05	.009	.04

Kontrastanalyse: Symptomschwere t_3				
Haupteffekt „PS“				
df	F	p	η^2	
1; 154	10.35	.002	.06	

Anmerkungen. $N_{\text{Gesamt}} = 156$ ($n_{\text{ohnePS}} = 93$, $n_{\text{mitPS}} = 63$).

HAMD₁₇: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS:** Persönlichkeitsstörung. η^2 : Effektstärke eta^2 . **t_2 :** Ende der stationären Behandlung. **t_3 :** ein Jahr nach der stationären Behandlung.

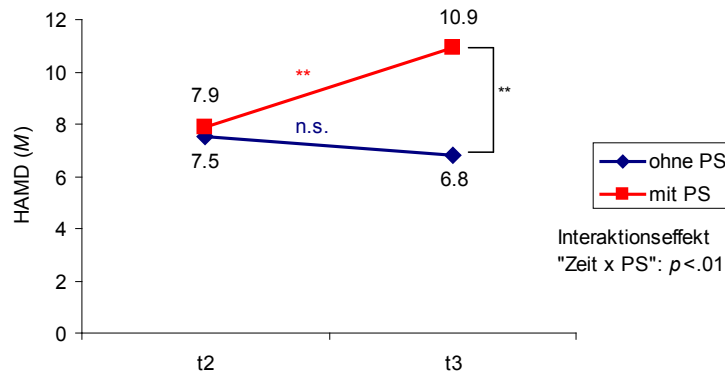


Abbildung 3.10 Mittelwerte (M) in der $HAMD_{17}$ zu t_2 und t_3 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. $HAMD_{17}$: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

** $p < .01$, ^{n.s.} nicht signifikant.

Tabelle 3.25 Effektstärken d für die Veränderung der $HAMD_{17}$ -Werte von t_2 nach t_3 ($d_{t_2-t_3}$) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede in der $HAMD_{17}$ zu t_3 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t_3})

		t_2 M (SD)	t_3 M (SD)	$d_{t_2-t_3}$ ^a	d_{t_3}
$HAMD_{17}$	mit PS	7.90 (7.35)	10.87 (8.25)	.38	.52
	ohne PS	7.46 (6.25)	6.82 (7.36)	-.09	

Anmerkungen. $N_{\text{Gesamt}} = 156$ ($n_{\text{ohnePS}} = 93$, $n_{\text{mitPS}} = 63$).

$HAMD_{17}$: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Positive Effektstärken zeigen eine Zunahme, negative Effektstärken eine Abnahme der Depressivität an.

Kontrolle konfundierender Variablen

Um zu untersuchen, ob die Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen in der $HAMD_{17}$ zu t_3 möglicherweise darauf zurückgeführt werden können, dass sich die Patientengruppen auch hinsichtlich weiterer relevanter Variablen unterschieden, wurde eine schrittweise Regressionsanalyse (Methode: backward) mit der $HAMD_{17}$ zu t_3 als abhängige Variable durchgeführt. Als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - soziodemographische, störungs- und behandlungsrelevante Variablen einbezogen, in denen Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen vorlagen (siehe Anmerkungen zu der Tabelle 3.26, S. 84).

Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse mit der HAMD₁₇ zu t_3 als abhängige Variable sind im Anhang A.9 (S. 199) dargestellt. Die Voraussetzungen waren, mit Ausnahme der Homoskedastizität, erfüllt.

Die Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse sind in der Tabelle 3.26 zusammengefasst. Es zeigte sich, dass der BDI-Wert zu t_2 den HAMD₁₇-Wert zu t_3 vorhersagte. Je stärker die Depressivität erfasst anhand des BDI zu t_2 ausgeprägt war, desto höher war die Depressionsausprägung in der HAMD₁₇ zu t_3 . Weiterhin zeigte sich, dass unabhängig von den Variablen, in denen sich die Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen unterschieden, auch das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen eine stärker ausgeprägte Depressivität zu t_3 vorhersagte.

Tabelle 3.26 Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der Depressivität zu t_3 erfasst anhand der HAMD₁₇ (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab^a)

	B (SE)	β	t	p	95 % Konfidenzintervall für B	
					untere Grenze	obere Grenze
BDI t_2	0.41 (0.05)	.52	7.61	<.001	0.31	0.52
Persönlichkeitsstörung	2.90 (1.09)	.18	2.67	.008	0.75	5.05
Konstante	1.64 (0.96)		1.72	.09	-0.25	3.53

Anmerkungen. N = 154, $R^2 = .33$.

BDI: Beck Depressionsinventar. **HAMD₁₇:** 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **t_1 :** Beginn der stationären Behandlung. **t_2 :** Ende der stationären Behandlung. **t_3 :** ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Prädiktoren: (1) Alter, (2) BDI t_1 , (3) BSI-GSI t_1 , (4) BDI t_2 , (5) BSI-GSI t_2 , (6) Persönlichkeitsstörung, (7) Familienstand „ledig“, (8) komorbide Achse I Störung, (9) Einzel-KVT $t_1 \rightarrow t_2$, (10) Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika $t_1 \rightarrow t_2$, (11) Augmentationsbehandlung mit Stimmungsstabilisierern $t_1 \rightarrow t_2$, (12) ambulante Gruppenpsychotherapie. (Die Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika zu t_3 wurde nicht als Prädiktor aufgenommen, weil die Angaben hierzu nur für einen reduzierten Datensatz vorlagen.)

3.4.2.3 Selbstbeurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF12)

Die statistischen Kennwerte der im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind in der Tabelle 3.28 (S. 86) zusammengefasst. Die Werte im PSF12 und KSF12 zu t_2 und t_3 für Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen sind in den Abbildungen 3.11 und 3.12 (S. 87) dargestellt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen im PSF12 und KSF12 zu t_2 und t_3 , die Effektstärken d für Messwiederholung zur Erfassung der Stärke der Veränderung im PSF12 und KSF12 von t_2 nach t_3 sowie die Effektstärken Cohens d für Unterschiede im PSF12 und KSF12 zu t_3 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen sind in der Tabelle 3.28 (S. 86) zusammengefasst.

Symptomveränderung t_2 - t_3 : Die hypothesengeleiteten Kontrastanalysen (siehe Tabelle 3.28, S. 86) zeigten, dass es zwar in der Gesamtpatientenstichprobe keine signifikante Veränderung der psychischen Gesundheit (PSF12) von t_2 nach t_3 gab (Haupteffekt „Zeit“). Es zeigte sich aber nach α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Tests mit korrelierten abhängigen Variablen (Tabachnick & Fidell, 2007; $\alpha_{\text{korrr}} = .025$) ein statistischer Trend, der darauf hindeutet, dass es einen Unterschied hinsichtlich des Ausmaßes der Veränderung der psychischen Gesundheit von t_2 nach t_3 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab (Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“). Post-hoc-Analysen mit α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Vergleiche ($\alpha_{\text{korrr}} = .025$) zeigten, dass Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen keine signifikante Veränderung ihrer psychischen Gesundheit von t_2 nach t_3 aufwiesen (PSF12: $t(71) = -1.07$, $p = .29$). Für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen lag hingegen ein statistischer Trend vor, der auf eine Abnahme der psychischen Gesundheit von t_2 nach t_3 in dieser Patientengruppe hinweist (PSF12: $t(54) = 1.70$, $p = .095$), wobei die Effektstärke für Messwiederholung $d = .25$ eine geringe Verschlechterung anzeigte.

Auch für die körperliche Gesundheit (KSF12) zeigte sich in der Gesamtpatientenstichprobe zwar keine signifikante Veränderung von t_2 und t_3 (Haupteffekt „Zeit“). Der Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“ wies jedoch auf einen Unterschied bezüglich des Ausmaßes der Veränderung der körperlichen Gesundheit zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen von t_2 nach t_3 hin. Post-hoc-Analysen zeigten, dass für Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen nach α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Vergleiche ($\alpha_{\text{korrr}} = .025$) ein statistischer Trend vorlag, der darauf hindeutet, dass sie eine Zunahme ihrer körperlichen Gesundheit von t_2 nach t_3 aufwiesen (KSF12: $t(71) = -2.21$, $p = .03$), wobei die Effektstärke für Messwiederholung $d = .24$ auf eine geringe Zunahme hinwies. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hingegen zeigten von t_2 nach t_3 eine signifikante Abnahme ihrer körperlichen Gesundheit (KSF12: $t(54) = 2.47$, $p = .02$). Auch hier wies die Effektstärke für Messwiederholung $d = .28$ auf eine geringe Veränderung hin.

Symptomschwere t_3 : Die hypothesengeleiteten Kontrastanalysen (siehe Tabelle 3.28, S. 86) zeigten, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu t_3 eine signifikant geringere psychische und körperliche Gesundheit (PSF12, KSF12) aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Die Effektstärken Cohens $d_{\text{PSF12}} = .69$ und $d_{\text{KSF12}} = .48$ zeigten hierbei moderate Unterschiede an.

Tabelle 3.27 Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von t_2 nach t_3 bzw. der Stärke der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu t_3 - erfasst anhand des **PSF12** und **KSF12** - von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor, Zwischensubjektfaktor „PS“ 2-fach gestuft)

Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (drei Messzeitpunkte)												
	Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“				Haupteffekt „PS“			
	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²
PSF12, KSF12	4; 122	69.99	<.001	.70	4; 122	5.18	.001	.15	2; 124	4.23	.02	.06
Univariate Kontrastanalyse: Symptomabnahme t ₂ → t ₃												
	Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“							
	df	F	p	η²	df	F	p	η²				
PSF12 ^a	1; 125	0.35	.56	.003	1; 125	3.94	.05	.03				
KSF12 ^a	1; 125	0.14	.71	.001	1; 125	10.90	.001	.08				
Univariate Kontrastanalyse: Symptomschwere t ₃												
									Haupteffekt „PS“			
									df	F	p	η²
PSF12 ^a									1; 125	12.68	.001	.09
KSF12 ^a									1; 125	7.05	.009	.05

Anmerkungen. $N_{\text{Gesamt}} = 127$ ($n_{\text{ohnePS}} = 72$, $n_{\text{mitPS}} = 55$). **KSF12** & **PSF12**: Skala Körperliche Gesundheit und Psychische Gesundheit des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **PS**: Persönlichkeitsstörung. η^2 : Effektstärke η^2 . t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Tests mit korrelierten abhängigen Variablen: $\alpha_{\text{kor}} = .025$ (Tabachnick & Fidell, 2007).

Tabelle 3.28 Effektstärken d für die Veränderung im PSF12 und KSF12 von t_2 nach t_3 ($d_{t_2-t_3}$) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede im PSF12 und KSF12 zu t_3 zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t_3})

		t_2 M (SD)	t_3 M (SD)	$d_{t_2-t_3}^a$	d_{t_3}
KSF12	mit PS	46.22 (10.35)	43.24 (10.57)	-.28	.48
	ohne PS	45.62 (10.11)	48.00 (9.58)	.24	
PSF12	mit PS	39.44 (11.27)	36.42 (13.14)	-.25	.69
	ohne PS	43.12 (9.69)	44.76 (13.04)	.14	

Anmerkungen. $N_{\text{Gesamt}} = 127$ ($n_{\text{ohnePS}} = 72$, $n_{\text{mitPS}} = 55$).

PSF12 & **KSF12**: Skala Psychische Gesundheit und Körperliche Gesundheit des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **PS**: Persönlichkeitsstörung. t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Positive Effektstärken zeigen eine Zunahme, negative Effektstärken eine Abnahme der gesundheitsbezogenen Lebensqualität an.

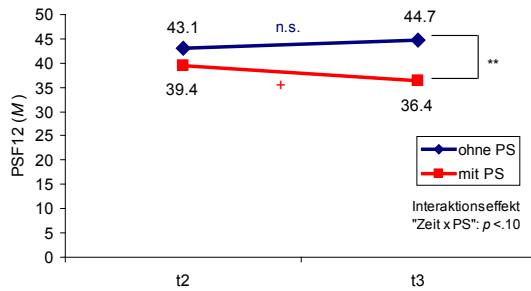


Abbildung 3.11 Mittelwerte (M) im PSF12 zu t_2 und t_3 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. Höhere PSF12-Werte = stärkere psychische Gesundheit.

PSF12: Skala *Psychische Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **PS:** Persönlichkeitsstörung. t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

** $p < .01$, + $p < .10$, n.s. nicht signifikant.

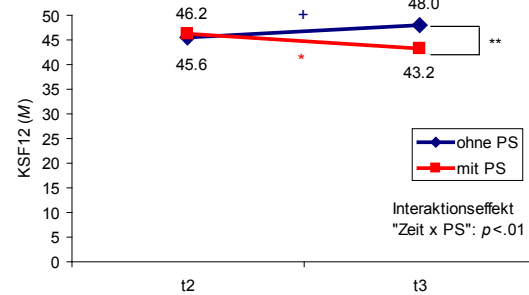


Abbildung 3.12 Mittelwerte (M) im KSF12 zu t_2 und t_3 von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. Höhere KSF12-Werte = stärkere körperliche Gesundheit.

KSF12: Skala *Körperliche Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **PS:** Persönlichkeitsstörung. t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

** $p < .01$, * $p < .05$, + $p < .10$.

Kontrolle konfundierender Variablen

Um zu untersuchen, ob die Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen im PSF12 und KSF12 zu t_3 möglicherweise darauf zurückgeführt werden können, dass sich die beiden Patientengruppen auch hinsichtlich weiterer relevanter Variablen unterschieden, wurden schrittweise Regressionsanalysen (Methode: backward) mit dem PSF12 und KSF12 zu t_3 als abhängige Variablen durchgeführt. Als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - soziodemographische, störungs- und behandlungsrelevante Variablen einbezogen, in denen sich Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen voneinander unterschieden (siehe Anmerkungen zu den Tabellen 3.29 & 3.30, S. 88/89).

1) **PSF12:** Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse mit dem PSF12 zu t_3 als abhängige Variable sind im Anhang A.10 (S. 199) dargestellt. Die Voraussetzungen waren erfüllt.

Die Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse sind in der Tabelle 3.29 (S. 88) zusammengefasst. Es zeigte sich, dass die Werte im BSI-GSI zu t_1 und im BDI zu t_2 den PSF12-Wert zu t_3 vorhersagten. Je höher die psychische Gesamtbelastung zu t_1 und die Depressivität (BDI) zu t_2 waren, desto geringer war die psychische Gesundheit zu t_3 . Weiterhin zeigte sich, dass unabhängig von den Variablen, in denen sich Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen unterschieden, auch das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen eine geringere psychische Gesundheit zu t_3 vorhersagte. Außerdem lag ein statistischer Trend ($p < .10$) vor, der darauf hindeutet, dass das Alter der Patienten ihre psychische Gesundheit zu t_3 vorhersagte.

Tabelle 3.29 Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der psychischen Gesundheit zu t_3 erfasst anhand des PSF12 (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab^a)

	B (SE)	β	t	p	95 % Konfidenzintervall für B	
					untere Grenze	obere Grenze
BSI-GSI t_1	-4.34 (1.85)	-.20	-2.34	.02	-8.00	-0.67
BDI t_2	-0.49 (0.11)	-.36	-4.37	<.001	-0.72	-0.27
Persönlichkeitsstörung	-4.97 (2.15)	-.18	-2.31	.02	-9.23	-0.72
Alter	0.14 (0.08)	1.34	1.78	.08	-0.02	0.30
Konstante	49.07 (5.06)		9.69	<.001	39.04	59.09

Anmerkungen. $N = 125$, $R^2 = .33$.

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PSF12:** Skala *Psychische Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Prädiktoren: (1) Alter, (2) BDI t_1 , (3) BSI-GSI t_1 , (4) BDI t_2 , (5) BSI-GSI t_2 , (6) Persönlichkeitsstörung, (7) Familienstand „ledig“, (8) komorbide Achse I Störung, (9) Einzel-KVT $t_1 \rightarrow t_2$, (10) Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika $t_1 \rightarrow t_2$, (11) Augmentationsbehandlung mit Stimmungsstabilisierern $t_1 \rightarrow t_2$, (12) ambulante Gruppenpsychotherapie. (Die Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika zu t_3 wurde nicht als Prädiktor aufgenommen, weil die Angaben hierzu nur für einen reduzierten Datensatz vorlagen.)

2) **KSF12:** Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse mit dem KSF12 zu t_3 als abhängige Variable sind im Anhang A.11 (S. 200) dargestellt. Die Voraussetzungen waren, mit Ausnahme der Homoskedastizität, erfüllt.

Die Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse sind in der Tabelle 3.30 zusammengefasst. Es zeigte sich, dass die psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) zu t_2 sowie das Alter der Patienten die körperliche Gesundheit (KSF12) zu t_3 vorhersagten. Je höher das Alter und die psychische Gesamtbelastung zu t_2 waren, desto geringer war die körperliche Gesundheit zu t_3 . Weiterhin zeigte sich, dass unabhängig von den Variablen, in denen sich Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen unterschieden, auch das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen eine geringere körperliche Gesundheit zu t_3 vorhersagte. Weiterhin lag ein statistischer Trend ($p < .10$) vor, der darauf hinweist, dass ledige Patienten eine geringere körperliche Gesundheit zu t_3 aufwiesen, und dass auch der BSI-GSI-Wert zu t_1 den KSF12-Wert zu t_3 vorhersagte.

Tabelle 3.30 Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der körperlichen Gesundheit zu t_3 erfasst anhand des KSF12 (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab^a)

	B (SE)	β	t	p	95 % Konfidenzintervall für B	
					untere Grenze	obere Grenze
BSI-GSI t_2	-8.95 (1.48)	-.50	-6.05	<.001	-11.88	-6.02
Alter	-0.14 (0.06)	-.19	-2.29	.02	-0.27	-0.02
Persönlichkeitsstörung	-3.12 (1.48)	-.15	-2.12	.04	-6.05	-0.20
Familienstand „ledig“	-3.66 (1.85)	-.16	-1.98	.05	-7.33	0.01
BSI-GSI t_1	-2.61 (1.33)	-.16	-1.96	.052	-5.24	0.02
Konstante	67.06 (3.47)		19.32	<.001	60.19	73.94

Anmerkungen. $N = 125$, $R^2 = .33$.

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **KSF12:** Skala Körperliche Gesundheit des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Prädiktoren: (1) Alter, (2) BDI t_1 , (3) BSI-GSI t_1 , (4) BDI t_2 , (5) BSI-GSI t_2 , (6) Persönlichkeitsstörung, (7) Familienstand „ledig“, (8) komorbide Achse I Störung, (9) Einzel-KVT $t_1 \rightarrow t_2$, (10) Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika $t_1 \rightarrow t_2$, (11) Augmentationsbehandlung mit Stimmungsstabilisierern $t_1 \rightarrow t_2$, (12) ambulante Gruppenpsychotherapie. (Die Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika zu t_3 wurde nicht als Prädiktor aufgenommen, weil die Angaben hierzu nur für einen reduzierten Datensatz vorlagen.)

Recoveryraten & Häufigkeit depressiver Episoden im Katamneseintervall

Sowohl hinsichtlich der Depressivität als auch der psychischen Gesamtbelastung erreichten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ein Jahr nach dem Klinikaufenthalt seltener das Recoverykriterium ($HAMD_{17} < 8$, $BDI < 11$, $T_{BSI-GSI} < 63$) als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Über dies hinaus erfüllten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im ersten Jahr nach dem stationären Aufenthalt häufiger mindestens einmal die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (siehe Tabelle 3.31).

Tabelle 3.31 Ergebnisse zum Vergleich der Recoveryraten in der $HAMD_{17}$ ($HAMD_{17} < 8$), im BDI ($BDI < 11$) und im BSI-GSI ($T_{BSI-GSI} < 63$) zu t_3 sowie der Häufigkeit des Auftretens mindestens einer depressiven Episode im ersten Jahr nach Klinikaufenthalt von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

	N ohne PS, mit PS	Recoveryraten zu t_3		df	χ^2	p	ϕ
		ohne PS % (n)	mit PS % (n)				
$HAMD_{17}$	93, 63	69.9 (65)	41.3 (26)	1	12.66	<.001	.29
BDI	99, 67	59.6 (59)	29.9 (20)	1	14.17	<.001	.29
BSI-GSI	99, 67	65.7 (65)	35.8 (24)	1	14.30	<.001	.29

Fortsetzung Tabelle 3.31

N ohne PS, mit PS	Depressive Episode t_2 - t_3		df	χ^2	p	ϕ
	ohne PS % (n)	mit PS % (n)				
95, 63	34.7 (33)	50.8 (32)	1	4.03	.045	.16

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. ϕ : Effektstärke phi. t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach der stationären Behandlung.

In der Abbildung 3.13 sind die Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der Stärke der Symptomausprägung vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt sowohl für Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen zusammenfassend dargestellt.

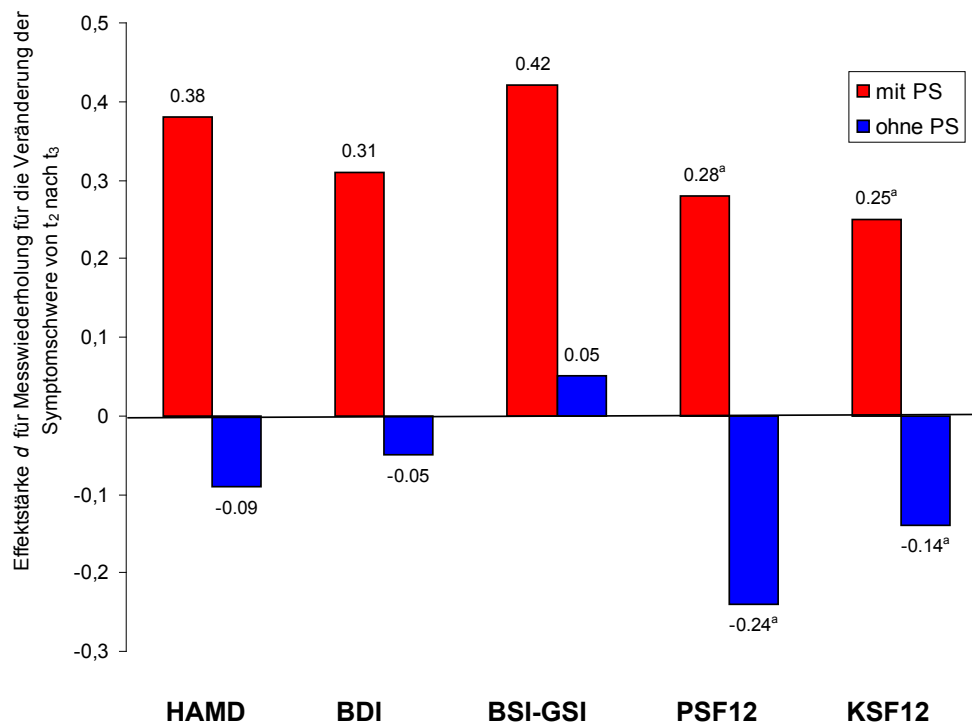


Abbildung 3.13 Effektstärken (ES) d für Messwiederholung für die Veränderung der Symptomatik von t_2 nach t_3 bei Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD**: Hamilton Depressionsskala. **KSF12** & **PSF12**: Skala Körperliche Gesundheit und Psychische Gesundheit des Gesundheitsfragebogens Short-Form 12. **PS**: Persönlichkeitsstörung. t_2 : Ende des stationären Aufenthaltes. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

Positive ES zeigen eine Zunahme, negative ES eine Abnahme der Symptomatik an.

^a Im PSF12 und KSF12 zeigen positive ES eine Abnahme, negative ES eine Zunahme der gesundheitsbezogenen Lebensqualität an.

3.4.2.4 Zusammenfassung

H 1c: Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt eine stärkere Symptomzunahme auf und erfüllen im ersten poststationären Jahr häufiger die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Im Vergleich zum Entlassungszeitpunkt zeigten Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen keine signifikante Veränderung ihrer Depressivität (BDI, HAMD₁₇), psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI) und gesundheitsbezogenen Lebensqualität (PSF12 & KSF12) ein Jahr nach dem Klinikaufenthalt.

Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hingegen zeigten vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt eine signifikante Zunahme ihrer Depressivität (BDI, HAMD₁₇) und psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI) sowie eine signifikante Abnahme ihrer körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KSF12). Für die psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität lag ein statistischer Trend ($p < .10$) vor, der darauf hindeutet, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt eine Abnahme aufwiesen. Die Effektstärken d für Messwiederholung betrugen $d = .28 - .42$ und zeigten damit kleine Veränderungen an.

Demnach kann die Hypothese, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt eine stärkere Symptomzunahme aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, dahingehend bestätigt werden, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen - im Vergleich zum Entlassungszeitpunkt - ein Jahr später eine - wenn auch lediglich geringe - Symptomzunahme zeigten, während Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen keine Veränderung ihrer Symptomatik aufwiesen. Erwartungskonform erfüllten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im ersten Jahr nach dem stationären Aufenthalt häufiger mindestens einmal die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (51 % vs. 35 %).

H 1d: Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt eine höhere Symptomschwere und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Erwartungskonform wiesen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt eine signifikant stärkere Depressivität (HAMD₁₇, BDI) und psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) sowie eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität (PSF12, KSF12) auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Die Effektstärken Cohens d lagen zwischen $d = .48$ für den KSF12 und $d = .77$ für den BSI-GSI und wiesen damit auf moderate bis starke Unterschiede in der Symptomausprägung zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen zum Katamnesezeitpunkt hin. Entsprechend der Hypothesen zeigten sich in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen auch signifikant geringere Recoveryraten ein Jahr nach dem Kli-

nikaufenthalt als in der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen. Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen und einer stärkeren Symptomausprägung ein Jahr nach dem Klinikaufenthalt blieb auch nach Kontrolle für Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich störungsrelevanter Merkmale wie der Symptomschwere zu Beginn und nach Abschluss der stationären Behandlung bestehen.

3.5 Die Untersuchung spezifischer Persönlichkeitsstörungen

Es werden im Folgenden die Ergebnisse der Prüfung der in Kapitel 1.4 (S. 21 ff.) abgeleiteten Hypothesen zum Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei depressiv erkrankten Patienten dargestellt. Hierzu wurde explorativ überprüft, ob diese Persönlichkeitsstörungen in der untersuchten Stichprobe in ausreichender Anzahl vorlagen, um ihren Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg untersuchen zu können. Wichtig war hierbei, dass keine weiteren komorbiden Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden.

Es wurde zwischen Patienten mit ausschließlich vermeidend-selbstunsicherer und/oder dependenter Persönlichkeitsstörung und Patienten mit ausschließlich zwanghafter Persönlichkeitsstörung unterschieden. Diese Entscheidung basiert auf der inkonsistenten Befundlage bezüglich der Zugehörigkeit der zwanghaften Persönlichkeitsstörung zu den Cluster C Persönlichkeitsstörungen (Emmelkamp & Kamphuis, 2007). Saß et al. (1995) zum Beispiel konnten anhand statistischer Analysen der Ähnlichkeitsbeziehungen zwischen den Persönlichkeitsstörungen zeigen, dass sich die zwanghafte Persönlichkeitsstörung eher dem Cluster A zuordnen lässt. Auch Fossati et al. (2000) zeigten, dass der zwanghaften Persönlichkeitsstörung ein anderer Faktor zugrunde liegt als der dependenten und der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. Es liegen jedoch auch Befunde vor, die die aktuelle Clusterstruktur bestätigen (Fossati et al., 2006; Rodebaugh, Chambless, Renneberg & Fydrich, 2005).

Es zeigte sich, dass

- (1) 11 Patienten ausschließlich eine vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente (nachfolgend: selbstunsichere/dependente) Persönlichkeitsstörung,
- (2) 13 Patienten ausschließlich eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung und
- (3) 12 Patienten ausschließlich Cluster B Persönlichkeitsstörungen aufwiesen.

Die Untersuchung des Zusammenhangs des alleinigen Vorliegens von Cluster A Persönlichkeitsstörungen mit dem Behandlungserfolg war aufgrund einer zu geringen Anzahl von Patienten mit ausschließlich Cluster A Persönlichkeitsstörungen ($n = 5$) nicht möglich.

Außerdem wurde von der Analyse der Daten des SF12 abgesehen, da für dieses Inventar aufgrund fehlender Werte die Stichprobengröße verringert war und für die Patientengruppe mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung bzw. mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen $n < 10$ betrug.

3.5.1 Soziodemographische und störungsrelevante Unterschiede zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen

Die Ergebnisse zur Überprüfung von Unterschieden zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich soziodemographischer sowie störungs- und behandlungsrelevanter Merkmale sind in den Tabellen 3.32 und 3.33 zusammengefasst. Aufgrund der verringerten Teststärke der inferenzstatistischen Analysen wegen geringer Stichprobenumfänge in den Patientengruppen mit spezifischen Persönlichkeitsstörungen werden auch Unterschiede auf einem Signifikanzniveau $\alpha = .10$ (statistischer Trend) berichtet.

Soziodemographische Merkmale (Tabelle 3.32, S. 94): Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen waren zu Behandlungsbeginn signifikant jünger als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (Cohens $d = .89$). Weiterhin war der Anteil lediger Patienten in der Patientengruppe mit selbstunsicherer/dependenter Persönlichkeitsstörung signifikant höher als in der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen (46 % vs. 19 %). Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung wiesen - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - ein signifikant höheres Bildungsniveau auf ([Fach-] Hochschulreife: 85 % vs. 51 %).

Störungsrelevante Merkmale (Tabelle 3.33, S. 95): Patienten mit selbstunsicherer/dependenter ($p < .10$, $d_{\text{BSI-GSI}} = .54$) sowie mit Cluster B ($p < .05$, $d_{\text{BSI-GSI}} = .81$) Persönlichkeitsstörungen wiesen zu t_1 eine stärker ausgeprägte psychische Gesamtbelastung auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Weiterhin zeigte sich, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen häufiger an weiteren komorbiden Achse I Störungen erkrankt waren als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (58 % vs. 31 %, $p < .10$).

Therapeutische Maßnahmen (Tabelle 3.33, S. 95): Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen erhielten während des stationären Aufenthaltes häufiger Einzelpsychotherapie als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (75 % vs. 47 %, $p < .10$). Für die Häufigkeit erneuter Klinikaufenthalte im ersten poststationären Jahr konnte aufgrund der großen Anzahl von Zellen mit einer erwarteten Häufigkeit $n < 5$ keine Signifikanzberechnung durchgeführt werden (Field, 2005). Der deskriptive Vergleich der Häufigkeiten zeigte jedoch, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen fast doppelt so häufig erneut stationär behandelt wurden wie Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (42 % vs. 24 %, $\phi = .12$). Patienten mit selbstunsicherer/dependenter Persönlichkeitsstörung suchten im ersten poststationären Jahr hingegen weniger als halb so häufig

erneut stationäre Hilfe auf wie Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (9 % vs. 24 %, $\phi = .13$).

Tabelle 3.32 Ergebnisse zum Vergleich der Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich soziodemographischer Merkmale

	ohne PS	selbstun./ depend. PS	zwang- hafte PS	Cluster B PS				
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Alter (zu t_1 in Jahren)	55.68 (11.99)	50.98 (14.96)	52.61 (11.49)	44.97 (12.03)	3; 131	3.10	.03	
	selbstun./depend. PS vs. ohne PS				1; 109	1.45	.23	.35
	zwanghafte PS vs. ohne PS				1; 111	0.76	.39	.26
	Cluster B PS vs. ohne PS				1; 110	8.56	.004	.89
	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	% (<i>n</i>)	<i>df</i>	χ^2	<i>p</i>	ϕ
Geschlecht: weiblich	67.0 (67)	63.6 (7)	61.5 (8)	41.7 (5)	3	3.02	.39	.15 ^a
Familienstand: ledig	19.0 (19)	45.5 (5)	38.5 (5)	33.3 (4)	3	6.16	.09	.21 ^a
	selbstun./depend. PS vs. ohne PS				1	4.09	.04	.19
	zwanghafte PS vs. ohne PS				1	2.51	.11	.15
	Cluster B PS vs. ohne PS				1	1.35	.25	.11
Bildungsstand (Fach-)Hoch- schulreife	51.0 (51)	45.5 (5)	84.6 (11)	41.7 (5)	3	6.37	.092	.21 ^a
	selbstun./depend. PS vs. ohne PS				1	0.80	.37	.08
	zwanghafte PS vs. ohne PS				1	4.59	.03	.19
	Cluster B PS vs. ohne PS				1	0.67	.45	.06

Anmerkungen. ohne PS: $n = 100$, selbstun./depend. PS: $n = 11$, zwanghafte PS: $n = 13$, Cluster B PS: $n = 12$.

d: Effektstärke Cohens *d*. **PS:** Persönlichkeitsstörung. **ϕ :** Effektstärke *phi*. **selbstun./depend PS:** vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t_1 :** Beginn der stationären Behandlung.

^a Effektstärke Cramers *V*.

Tabelle 3.33 Ergebnisse zum Vergleich der Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich störungs- und behandlungsrelevanter Merkmale

	ohne PS % (n)	selbstun./ depend. PS % (n)	zwang- hafte PS % (n)	Cluster B PS % (n)	df	χ^2	p	ϕ
komorbide Achse I Störung	31.0 (31)	27.3 (3)	53.8 (7)	58.3 (7)	3	5.87	.09	.21 ^a
	selbstun./depend. PS vs. ohne PS				1	0.65	.78	.02
	zwanghafte PS vs. ohne PS				1	2.69	.18	.15
	Cluster B PS vs. ohne PS				1	3.57	.06	.18
rezidivierende depressive Störung	36.0 (36)	36.4 (4)	38.5 (5)	41.7 (4)	3	0.17	.98	.04 ^a
Einzelspsychotherapie t₁ → t₂	47.0 (47)	72.7 (8)	61.5 (8)	75.0 (9)	3	5.88	.098	.21 ^a
	selbstun./depend. PS vs. ohne PS				1	2.62	.11	.15
	zwanghafte PS vs. ohne PS				1	0.97	.32	.09
	Cluster B PS vs. ohne PS				1	3.36	.07	.17
Einzelspsychotherapie t₂ → t₃^b	64.6 (64)	63.6 (7)	53.8 (7)	66.7 (8)	3	0.63	.89	.07 ^a
stat. Behandlung t₂ → t₃^{b,c}	24.2 (24)	9.1 (1)	23.1 (3)	41.5 (5)	-	-	-	.16 ^a
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	df	F	p	d
stat. Behandlungsdauer (Tage)	58.72 (28.05)	54.00 (26.25)	58.08 (33.81)	55.42 (34.49)	3; 132	0.12	.95	
HAMD₁₇ t₁	27.96 (8.05)	30.18 (7.64)	29.69 (7.23)	29.58 (5.59)	3; 132	0.51	.68	
BDI t₁	26.01 (10.54)	27.73 (12.03)	27.23 (10.57)	30.75 (9.44)	3; 132	0.77	.51	
BSI-GSI t₁	1.22 (0.58)	1.56 (0.67)	1.41 (0.68)	1.68 (0.55)	3; 132	3.03	.03	
	selbstun./depend. PS vs. ohne PS				1; 109	3.19	.08	.54
	zwanghafte PS vs. ohne PS				1; 111	1.17	.28	.34
	Cluster B PS vs. ohne PS				1; 110	6.74	.01	.81

Anmerkungen. ohne PS: n = 100, selbstun./depend. PS: n = 11, zwanghafte PS: n = 13, Cluster B PS: n = 12.

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇:** 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS:** Persönlichkeitsstörung. ϕ : Effektstärke phi. **selbstun./depend. PS:** vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **stat.:** stationär. **t₁:** Beginn der stationären Behandlung. **t₂:** Ende der stationären Behandlung. **t₃:** ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Effektstärke Cramers V.

^b ohne PS: n = 99, selbstun./depend. PS: n = 11, zwanghafte PS: n = 13, Cluster B PS: n = 12.

^c keine statistischen Analysen, da > 20 % der Zellen mit erwarteten Häufigkeit n < 5 (Field, 2005).

3.5.2 Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen

Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen dem Vorliegen von Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen wurden in Kapitel 1.4 (S. 21 ff.) folgende Hypothesen abgeleitet:

Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen...

H 2a: ...erzielen von t_1 nach t_2 eine signifikante Symptomreduktion.

H 2b: ...weisen zu t_2 eine höhere Symptomschwere, geringere Raten klinisch bedeutsamer Verbesserungen und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

H 2c: ...weisen von t_2 nach t_3 eine stärkere Symptomzunahme auf und erfüllen im Kattamnesezeitraum häufiger die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

H 2d: ...weisen zu t_3 eine höhere Symptomschwere und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen...

H 3a: ...erzielen von t_1 nach t_2 eine signifikante Symptomreduktion.

H 3b: ...weisen zu t_2 eine höhere Symptomschwere, geringere Raten klinisch bedeutsamer Verbesserungen und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

H 3c: ...weisen von t_2 nach t_3 eine stärkere Symptomzunahme auf und erfüllen im Kattamnesezeitraum häufiger die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

H 3d: ...weisen zu t_3 eine höhere Symptomschwere und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

3.5.2.1 Akuter Behandlungserfolg

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu Unterschieden zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (1) hinsichtlich der Veränderung der Symptomausprägung von t_1 nach t_2 und (2) hinsichtlich der Stärke der Symptomatik und den Recoveryraten zu t_2 berichtet. Um feststellen zu können, welche der Patientengruppen (Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen) sich von der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Veränderung der Symptomausprägung von t_1 nach t_2 bzw. der Symptomschwere zu t_2 unterscheiden, wurden bei signifikanten *overall*-Effekten hypothesengeleitet einfache Kontrastberechnungen mit der Referenzgruppe „ohne Persönlichkeitsstörungen“ durchgeführt. Hierbei wurde bei dem Vergleich der Patientengruppen mit

selbstunsicherer/dependenten bzw. mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung mit der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen eine α -Fehler-Korrektur ($\alpha_{\text{kor}} = .025$) vorgenommen, da für Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen lediglich eine Hypothese aufgestellt wurde, jedoch getrennte Tests für Patienten mit selbstunsicherer/dependenten und zwanghafter Persönlichkeitsstörung durchgeführt wurden. Wegen der eingeschränkten Teststärke der inferenzstatistischen Analysen aufgrund kleiner Stichprobengrößen werden im Folgenden auch Unterschiede auf einem Signifikanzniveau $\alpha = .10$ (statistischer Trend) berichtet und es wird auf die Darstellung der Effektstärken fokussiert.

3.5.2.1.1 Selbstbeurteilung der Depressionsschwere (BDI) und der psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI)

Da die Voraussetzungen für eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung und dem BSI-GSI sowie dem BDI als abhängige Variablen nicht gegeben waren, wurde eine reziprok-Transformation der BSI-GSI-Werte vorgenommen ($\text{BSI-GSI}_{\text{reziprok}}$). Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung und den Werten im BDI und $\text{BSI-GSI}_{\text{reziprok}}$ als abhängige Variablen sind im Anhang B.1 (S. 201) dargestellt. Die Voraussetzungen waren erfüllt. In die Analyse der Veränderung der BDI- und BSI-GSI-Werte über die drei Messzeitpunkte wurden (1) 99 Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, (2) 12 Patienten mit ausschließlich Cluster B Persönlichkeitsstörungen, (3) 11 Patienten mit ausschließlich selbstunsicherer/dependenten Persönlichkeitsstörung und (4) 13 Patienten mit ausschließlich zwanghafter Persönlichkeitsstörung einbezogen.

Die statistischen Kennwerte der im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind in der Tabelle 3.34 (S. 99) zusammengefasst. Die Werte im BDI und im BSI-GSI zu t_1 und t_2 für Patienten mit Cluster C bzw. Cluster B Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen sind in den Abbildungen 3.14 und 3.15 (S. 98) dargestellt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen im BDI und BSI-GSI zu t_1 und t_2 , die Effektstärken d für Messwiederholung zur Erfassung der Stärke der Symptomveränderung im BDI und BSI-GSI von t_1 nach t_2 sowie die Effektstärken Cohens d für Unterschiede im BDI und BSI-GSI zu t_2 zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen sind in der Tabelle 3.35 (S. 100) zusammengefasst.

Für das selbstberichtete Ausmaß der Psychopathologie (kombinierte Variable aus BDI und BSI-GSI) wies der multivariate Haupteffekt „Zeit“ auf signifikante Unterschiede hin ($p < .001$). Auch der multivariate Haupteffekt „Persönlichkeitsstörung“ wies auf Unterschiede ($p < .10$) hin. Der multivariate Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“ zeigte hingegen keine Unterschiede an (siehe Tabelle 3.34, S. 99).

Symptomveränderung t_1 - t_2 : Hypothesengeleitete Kontrastanalysen zeigten, dass die Abnahme der Werte im BDI sowie im BSI-GSI von t_1 nach t_2 in der Gesamtpatientenstichprobe signifikant war (Haupteffekt „Zeit“) und sich die vier untersuchten Patientengruppen hinsichtlich des Ausmaßes dieser Abnahme nicht signifikant voneinander unterschieden (multivariater Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“). Die Effektstärken d für Messwiederholung für den Zeitraum t_1 - t_2 zeigten jedoch, dass die Abnahme der Depressivität im BDI von t_1 nach t_2 in der Patientengruppe mit selbstunsicherer/dependenter Persönlichkeitsstörung geringer war als in der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen ($d_{\text{BDI}} = .89$ vs. $d_{\text{BDI}} = 1.41$). Weiterhin wiesen die Effektstärken darauf hin, dass die Abnahme der psychischen Gesamtbelastung einerseits in der Patientengruppe mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung geringer ($d_{\text{BSI-GSI}} = .76$) und andererseits in der Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen größer ($d_{\text{BSI-GSI}} = 1.98$) war als in der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen ($d_{\text{BSI-GSI}} = 1.40$).

Symptomschwere t_2 : Hypothesengeleitete Kontrastanalysen zeigten, dass es weder hinsichtlich der Werte im BDI noch im BSI-GSI zu t_2 signifikante Unterschiede zwischen den untersuchten Patientengruppen gab (Haupteffekt „Persönlichkeitsstörung“). Die Effektstärken Cohens d wiesen jedoch darauf hin, dass Patienten mit selbstunsicherer/dependenter Persönlichkeitsstörung ($d_{\text{BDI}} = .40$) sowie mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen ($d_{\text{BDI}} = .46$) zu t_2 eine gegenüber Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen leicht bis moderat erhöhte Depressivität aufwiesen. Hinsichtlich der psychischen Gesamtbelastung zeigte sich, dass - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung zu t_2 eine moderat ($d_{\text{BSI-GSI}} = .56$) und Patienten mit selbstunsicherer/dependenter Persönlichkeitsstörung eine leicht bis moderat ($d_{\text{BSI-GSI}} = .44$) erhöhte psychische Gesamtbelastung hatten.

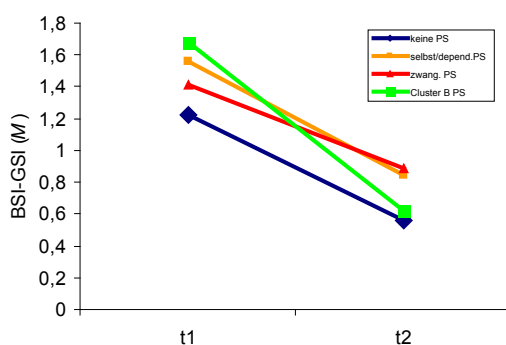


Abbildung 3.14 Mittelwerte (M) im BSI-GSI zu t_1 und t_2 für Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PS:** Persönlichkeitsstörung. **selbst/depend. PS:** vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t_1 :** Beginn des stationären Aufenthaltes. **t_2 :** Ende des stationären Aufenthaltes. **zwang. PS:** zwanghafte PS.

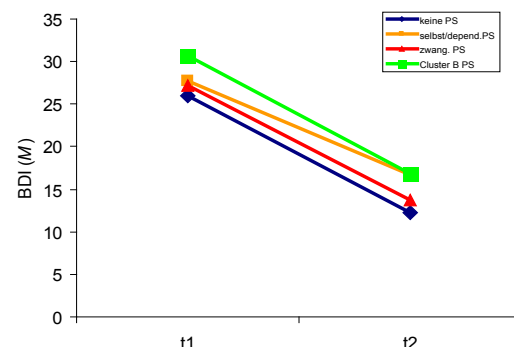


Abbildung 3.15 Mittelwerte (M) im BDI zu t_1 und t_2 für Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **BDI:** Beck Depressionsinventar. **PS:** Persönlichkeitsstörung. **selbst/depend. PS:** vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t_1 :** Beginn des stationären Aufenthaltes. **t_2 :** Ende des stationären Aufenthaltes. **zwang. PS:** zwanghafte PS.

Tabelle 3.34 Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der Symptomausprägung von t_1 nach t_2 sowie der Symptomschwere zu t_2 - erfasst anhand des **BDI** und **BSI-GSI** - von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor, Zwischensubjektfaktor „PS“ 4-fach gestuft)

Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (drei Messzeitpunkte)												
	Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“				Haupteffekt „PS“			
	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²
BDI, BSI-GSI	4; 128	32.23	<.001	.50	12; 390	1.28	.23	.04	6; 262	2.14	.09	.04
Univariate Kontrastanalysen: Symptomabnahme t ₁ → t ₂												
	Haupteffekt „Zeit“											
	df	F	p	η²								
BDI ^a	1; 131	88.34	<.001	.40								
BSI-GSI ^a	1; 131	118.91	<.001	.48								
Univariate Kontrastanalysen: Symptomschwere t ₂												
					Haupteffekt „PS“							
					df	F	p	η²				
BDI ^a					3; 131	1.43	.24	.03				
BSI-GSI ^a					3; 131	1.53	.21	.03				

Anmerkungen. ohne PS: $n = 99$, selbstunsichere/dependente PS: $n = 11$, zwanghafte PS: $n = 13$, Cluster B PS: $n = 12$.

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PS**: Persönlichkeitsstörung. η^2 : Effektstärke η^2 . t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

^a α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Tests mit korrelierten abhängigen Variablen: $\alpha_{\text{korrr}} = .025$ (Tabachnick & Fidell, 2007).

Tabelle 3.35 Effektstärken d für die Veränderung der Werte im BDI und BSI-GSI von t_1 nach t_2 (d_{t1-t2}) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede im BDI und im BSI-GSI zu t_2 zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t2})

		N	t_1 $M (SD)$	t_2 $M (SD)$	d_{t1-t2}^a	d_{t2} (Referenz- kategorie: ohne PS)
BDI	ohne PS	99	25.94 (10.62)	12.23 (8.67)	1.41	
	selbstun./depend. PS	11	27.73 (12.03)	16.64 (13.01)	.89	.40
	zwanghafte PS	13	27.23 (10.58)	13.77 (10.27)	1.29	.16
	Cluster B PS	12	30.75 (9.44)	16.83 (11.35)	1.33	.46
BSI-GSI	ohne PS	99	1.22 (0.58)	0.56 (0.48)	1.40	
	selbstun./depend. PS	11	1.56 (0.67)	0.84 (0.77)	1.00	.44
	zwanghafte PS	13	1.41 (0.68)	0.89 (0.69)	.76	.56
	Cluster B PS	12	1.68 (0.55)	0.62 (0.52)	1.98	.12

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **selbstun./depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t₁**: Beginn der stationären Behandlung. **t₂**: Ende der stationären Behandlung.

^a Die Effektstärken zeigen eine Abnahme der Symptomschwere an.

3.5.2.1.2 Fremdbeurteilung der Depressionsschwere (HAMD₁₇)

Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine zweifaktorielle univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor und der HAMD₁₇ als abhängige Variable sind im Anhang B.2 (S. 201) dargestellt. Die Voraussetzungen waren erfüllt. In die Analyse der Veränderung der HAMD₁₇-Werte über die Zeit wurden (1) 93 Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, (2) 12 Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen, (3) 10 Patienten mit selbstunsicherer/dependenter Persönlichkeitsstörung und (4) 11 Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung, für die die HAMD₁₇-Werte zu allen drei Messzeitpunkten vorlagen, einbezogen.

Die statistischen Kennwerte der im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind in der Tabelle 3.36 zusammengefasst. Die Werte in der HAMD₁₇ zu t_1 und t_2 für Patienten mit Cluster C bzw. Cluster B Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen sind in der Abbildung 3.16 (S. 102) dargestellt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen in der HAMD₁₇ zu t_1 und t_2 , die Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der HAMD₁₇-Werte von t_1 nach t_2 sowie die Effektstärken Cohens d für Unterschiede in der HAMD₁₇ zu t_2 zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen sind in der Tabelle 3.37 (S. 102) zusammengefasst.

Die Veränderung der HAMD₁₇-Werte in der Gesamtpatientenstichprobe über die drei Messzeitpunkte war signifikant (Haupteffekt „Zeit“). Auch der Haupteffekt „Persönlichkeitsstörung“ wies auf Unterschiede hin ($p < .10$). Der Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“ zeigte hingegen keine Unterschiede an (siehe Tabelle 3.36).

Symptomveränderung t_1 - t_2 : Die hypothesengeleitete Kontrastanalyse zeigte, dass die Abnahme der Depressionsschwere (HAMD₁₇) von t_1 nach t_2 in der Gesamtpatientenstichprobe signifikant war (Haupteffekt „Zeit“). Der Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“ wies darauf hin, dass kein signifikanter Unterschied zwischen den untersuchten Patientengruppen hinsichtlich des Ausmaßes dieser Abnahme vorlag.

Symptomschwere t_2 : Die hypothesengeleitete Kontrastanalyse zeigte, dass es keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Depressionsausprägung (HAMD₁₇) zu t_2 zwischen den untersuchten Patientengruppen gab.

Tabelle 3.36 Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der Depressivität von t_1 nach t_2 sowie der Depressionsausprägung zu t_2 - erfasst anhand der **HAMD₁₇** - von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (zweifaktorielle univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor, Zwischensubjektfaktor „PS“ 4-fach gestuft)

Univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (drei Messzeitpunkte)											
Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“				Haupteffekt „PS“			
<i>df</i>	<i>F</i> _{Pillai-Spur}	<i>p</i>	η²	<i>df</i>	<i>F</i> _{Pillai-Spur}	<i>p</i>	η²	<i>df</i>	<i>F</i> _{Pillai-Spur}	<i>p</i>	η²
2; 121	136.06	<.001	.69	6; 244	0.98	.44	.02	3; 122	2.01	.09	.04
Kontrastanalyse: Symptomabnahme t ₁ → t ₂											
Haupteffekt „Zeit“											
<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η²								
1; 122	247.15	.001	.67								
Kontrastanalyse: Symptomschwere t ₂											
								Haupteffekt „PS“			
								<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η²
								3; 122	0.37	.77	.009

Anmerkungen. ohne PS: $n = 93$, selbstunsichere/dependente PS: $n = 10$, zwanghafte PS: $n = 11$, Cluster B PS: $n = 12$.

HAMD₁₇: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. η^2 : Effektstärke η^2 . t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

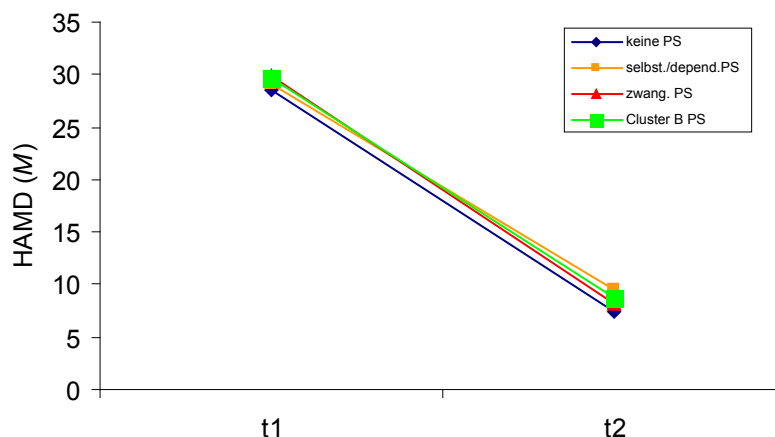


Abbildung 3.16 Mittelwerte (M) in der $HAMD_{17}$ zu t_1 und t_2 für Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **selbst./depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t₁**: Beginn des stationären Aufenthaltes. **t₂**: Ende des stationären Aufenthaltes. **zwang. PS**: zwanghafte PS.

Tabelle 3.37 Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der $HAMD_{17}$ -Werte von t_1 nach t_2 (d_{t1-t2}) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede in den $HAMD_{17}$ -Werten zu t_2 zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t2})

		N	t_1 M (SD)	t_2 M (SD)	d_{t1-t2} ^a	d_{t2} (Referenzkategorie: ohne PS)
HAMD₁₇	ohne PS	93	29.48 (6.39)	7.90 (7.35)	3.09	
	selbstun./depend. PS	10	29.10 (7.11)	9.50 (9.25)	2.36	.26
	zwanghafte PS	11	29.82 (7.71)	8.18 (5.81)	3.17	.12
	Cluster B PS	12	29.58 (5.89)	8.75 (9.29)	2.68	.16

Anmerkungen. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **selbstun./depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t₁**: Beginn der stationären Behandlung. **t₂**: Ende der stationären Behandlung.

^a Die Effektstärken zeigen eine Abnahme der Depressivität an.

In der Abbildung 3.17 sind die Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der Symptomausprägung vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt für Patienten mit ausschließlich selbstunsicherer/dependenter, zwanghafter und Cluster B Persönlichkeitsstörung sowie für Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen zusammenfassend dargestellt.

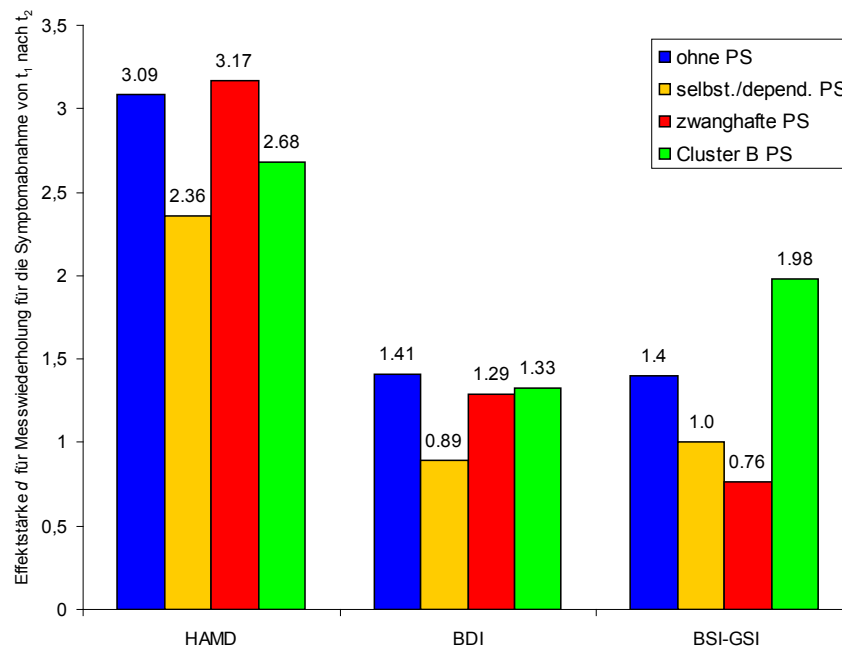


Abbildung 3.17 Effektstärken d für Messwiederholung für die Symptomabnahme von t_1 nach t_2 bei Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD**: Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **selbst./depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. t_1 : Beginn des stationären Aufenthaltes. t_2 : Ende des stationären Aufenthaltes.

Klinisch und statistisch bedeutsam gebesserte Patienten

Die Ergebnisse zum Vergleich der Häufigkeit statistisch bzw. klinisch bedeutsam gebesserter Patienten in den untersuchten Patientengruppen sind in den Tabellen 3.38 und 3.39 (S. 104) zusammengefasst. Es zeigte sich, dass es weder in der $HAMD_{17}$ noch im BDI oder BSI-GSI signifikante Unterschiede in der Häufigkeit statistisch oder klinisch bedeutsam gebesserter Patienten zwischen den Patientengruppen mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen gab.

Tabelle 3.38 Ergebnisse zum Vergleich der Häufigkeit statistisch bedeutsam gebesserter Patienten von t_1 nach t_2 in den Patientengruppen mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen

	Statistisch bedeutsam gebesserte Patienten					
	N	% (n)	df	χ^2	p	V
$HAMD_{17}$			3	2.36	.50	.14
ohne PS	93	81.7 (76)				
selbstun./depend. PS	10	70.0 (7)				
zwanghafte PS	11	90.9 (10)				
Cluster B PS	12	91.7 (11)				

Fortsetzung Tabelle 3.38

	<i>N</i>	% (<i>n</i>)	<i>df</i>	χ^2	<i>p</i>	<i>V</i>
BDI			3	0.63	.89	.07
ohne PS	99	37.4 (37)				
selbstun./depend. PS	11	45.5 (5)				
zwanghafte PS	12	30.8 (4)				
Cluster B PS	13	41.7 (5)				
BSI-GSI			3	2.90	.41	.15
ohne PS	99	51.5 (51)				
selbstun./depend. PS	11	45.5 (5)				
zwanghafte PS	13	46.2 (6)				
Cluster B PS	12	75.0 (9)				

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **selbstuns./depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t₁**: Beginn der stationären Behandlung. **t₂**: Ende der stationären Behandlung. **V**: Effektstärke Cramers V.

Tabelle 3.39 Ergebnisse zum Vergleich der Häufigkeit klinisch bedeutsam gebesserter Patienten von t₁ nach t₂ in den Patientengruppen mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen

Klinisch bedeutsam gebesserte Patienten						
	<i>N</i>	% (<i>n</i>)	<i>df</i>	χ^2	<i>p</i>	<i>V</i>
HAMD₁₇			3	1.93	.59	.12
ohne PS	93	77.4 (72)				
selbstun./depend. PS	10	60.6 (6)				
zwanghafte PS	11	72.7 (8)				
Cluster B PS	12	83.3 (10)				
BDI			3	1.42	.70	.10
ohne PS	99	31.3 (31)				
selbstun./depend. PS	11	45.5 (5)				
zwanghafte PS	13	23.1 (3)				
Cluster B PS	12	33.3 (4)				
BSI-GSI			3	2.25	.52	.13
ohne PS	99	45.4 (45)				
selbstun./depend. PS	11	36.4 (4)				
zwanghafte PS	13	30.8 (4)				
Cluster B PS	12	58.3 (7)				

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **selbstuns./depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t₁**: Beginn der stationären Behandlung. **t₂**: Ende der stationären Behandlung. **V**: Effektstärke Cramers V.

Recoveryraten

Bezüglich der Depressivität lag kein signifikanter Unterschied in den Recoveryraten ($\text{BDI} < 11$, $\text{HAMD}_{17} < 8$) zu t₂ zwischen den untersuchten Patientengruppen vor. Für die psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) zeigte sich ein statistischer Trend ($p < .10$), der

darauf hinweist, dass Patienten mit selbstunsicherer/dependenter Persönlichkeitsstörung (35 %) sowie mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung (39 %) zu t_2 seltener das Recoverykriterium ($T_{BSI-GSI} < 63$) erreichten als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (66 %; siehe Tabelle 3.40).

Tabelle 3.40 Ergebnisse zum Vergleich der Recoveryraten ($HAMD_{17} < 8$, $BDI < 11$, $T_{BSI-GSI} < 63$) zu t_2 von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen

	N	Recoveryraten zu t_2				V
		% (n)	df	χ^2	p	
HAMD₁₇			3	.74	.86	.08
ohne PS	93	64.5 (60)				
selbstun./depend. PS	10	70.0 (7)				
zwanghafte PS	11	54.5 (6)				
Cluster B PS	12	58.3 (7)				
BDI			3	2.58	.46	.14
ohne PS	99	51.5 (51)				
selbstun./depend. PS	11	36.4 (4)				
zwanghafte PS	13	38.5 (5)				
Cluster B PS	12	33.3 (4)				
BSI-GSI			3	6.63	.09	.22
ohne PS	99	65.7 (65)				
selbstun./depend. PS ^{a, b}	11	35.4 (4)	1	3.63	.06	.18 ^c
zwanghafte PS ^{a, b}	13	38.5 (5)	1	3.63	.06	.10 ^c
Cluster B PS ^a	12	66.7 (8)	1	0.005	.94	.007 ^c

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **selbstun./depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **V**: Effektstärke Cramers V. **t₂**: Ende der stationären Behandlung.

^a Referenzgruppe „ohne Persönlichkeitsstörung“.

^b Da für Cluster C PS nur eine Hypothese aufgestellt wurde, jedoch getrennte Tests für Patienten mit selbstunsicherer/dependenter PS und Patienten mit zwanghafter PS durchgeführt wurden, wurde eine α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Vergleiche vorgenommen: $\alpha_{\text{korrt}} = .025$.

^c Effektstärke ϕ .

3.5.2.2 Längerfristiger Behandlungserfolg

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu Unterschieden zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (1) hinsichtlich der Veränderung der Symptomausprägung von t_2 nach t_3 und (2) hinsichtlich der Stärke der Symptomatik und den Recoveryraten zu t_3 berichtet. Um feststellen zu können, welche der Patientengruppen (Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen) sich von der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Stärke der Veränderung der Symptomatik von t_2 nach t_3 bzw. der Symptomschwere zu t_3 unterschieden, wurden bei signifikanten *overall*-Effekten hypothesengeleitet einfache Kontrastberechnungen mit der Referenzgruppe „ohne Persönlichkeits-

störung“ durchgeführt. Hierbei wurde bei dem Vergleich der Patientengruppen mit selbstunsicherer/dependenten bzw. mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung mit der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen eine α -Fehler-Korrektur ($\alpha_{\text{kor}} = .025$) vorgenommen, da für Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen lediglich eine Hypothese aufgestellt wurde, jedoch getrennte Tests für Patienten mit selbstunsicherer/dependenten und zwanghafter Persönlichkeitsstörung durchgeführt wurden. Wegen der eingeschränkten Teststärke der inferenzstatistischen Analysen aufgrund kleiner Stichprobengrößen werden im Folgenden auch Unterschiede auf einem Signifikanzniveau $\alpha = .10$ (statistischer Trend) berichtet und es wird auf die Darstellung der Effektstärken fokussiert.

3.5.2.2.1 Selbstbeurteilung der Depressionsschwere (BDI) und psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI)

Die statistischen Kennwerte der im Folgenden dargestellten Befunde sind in der Tabelle 3.41 zusammengefasst. Die Werte im BDI und BSI-GSI zu t_2 und t_3 für Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen sind in den Abbildungen 3.18 und 3.19 (S. 108) dargestellt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen im BDI und BSI-GSI, die Effektstärken d für Messwiederholung zur Erfassung der Stärke der Symptomveränderung von t_2 nach t_3 sowie die Effektstärken Cohens d für Unterschiede im BDI und BSI-GSI zu t_3 zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen sind in der Tabelle 3.42 (S. 108) zusammengefasst.

Symptomveränderung t_2 - t_3 : Die hypothesengeleiteten Kontrastanalysen (siehe Tabelle 3.41) zeigten, dass es keine signifikante Veränderung der BDI- sowie der BSI-GSI-Werte von t_2 nach t_3 in der Gesamtpatientenstichprobe gab (Haupteffekt „Zeit“), und dass sich die untersuchten Patientengruppen dahingehend nicht signifikant voneinander unterschieden (Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“). Die Effektstärke für Messwiederholung $d_{\text{BSI-GSI}} = .68$ wies jedoch auf eine moderate Zunahme der psychischen Gesamtbelastung in der Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen hin, während Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen keine bedeutsame Veränderung ihrer psychischen Gesamtbelastung zeigten ($d_{\text{BSI-GSI}} = .05$).

Symptomschwere t_3 : Die hypothesengeleiteten Kontrastanalysen (siehe Tabelle 3.41) zeigten nach α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Tests mit korrelierten abhängigen Variablen (Tabachnick & Fidell, 2007) einen statistischen Trend, der darauf hindeutet, dass sich die Patientengruppen hinsichtlich ihrer BSI-GSI-Werte zu t_3 voneinander unterschieden. Daraufhin durchgeführte hypothesengeleitete Kontrastanalysen mit der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen als Referenzkategorie zeigten einen statistischen Trend ($p < .10$), der auf einen höheren BSI-GSI-Wert in der Patientengruppe mit selbstunsicherer/dependenten Persönlichkeitsstörung - im Vergleich zur Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen - hinweist (Cohens $d_{\text{BSI-GSI}} = .51$). Für Patien-

ten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen zeigte sich, dass sie zu t_3 eine signifikant höhere psychische Gesamtbelastung aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (Cohens $d_{\text{BSI-GSI}} = .66$). Im BDI gab es zu t_3 keinen signifikanten Unterschied zwischen den Patientengruppen (Haupteffekt „Persönlichkeitsstörung“). Die Effektstärke Cohens $d_{\text{BDI}} = .61$ wies jedoch darauf hin, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen zu t_3 eine stärker ausgeprägte Depressivität hatten als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Tabelle 3.41 Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der Symptomausprägung von t_2 nach t_3 bzw. der Symptomschwere zu t_3 - erfasst anhand des **BDI** und **BSI-GSI** - von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor, Zwischensubjektfaktor „PS“ 4-fach gestuft)

Multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (drei Messzeitpunkte)												
	Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“				Haupteffekt „PS“			
	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²
BDI, BSI-GSI	4; 128	32.23	<.001	.50	12; 390	1.28	.23	.04	6; 262	2.14	.09	.04
Kontrastanalyse: Symptomabnahme t ₂ → t ₃												
	Haupteffekt „Zeit“											
	df	F	p	η²								
BDI ^a	1; 131	0.43	.51	.003								
BSI-GSI ^a	1; 131	1.95	.17	.02								
Kontrastanalyse: Symptomschwere t ₃												
									Haupteffekt „PS“			
									df	F	p	η²
BDI ^a									3; 131	1.86	.14	.04
BSI-GSI ^a									3; 131	3.20	.03	.07
Kontraste mit Referenzgruppe „ohne PS“ (BSI-GSI)												
selbstun./depend. PS ^b									1; 108	3.37	.07	
zwanghafte PS ^b									1; 110	2.27	.14	
Cluster B PS									1; 109	5.98	.02	

Anmerkungen. ohne PS: $n = 99$, selbstun./depend. PS: $n = 11$, zwanghafte PS: $n = 13$, Cluster B PS: $n = 12$.

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PS**: Persönlichkeitsstörung. η^2 : Effektstärke eta². **selbstun./depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t_2** : Ende der stationären Behandlung. **t_3** : ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Tests mit korrelierten abhängigen Variablen: $\alpha_{\text{korr}} = .025$ (Tabachnick & Fidell, 2007).

^b Da für Cluster C PS nur eine Hypothese aufgestellt wurde, jedoch getrennte Tests für Patienten mit selbstunsicherer/dependenter PS und Patienten mit zwanghafter PS durchgeführt wurden, wurde eine α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Vergleiche vorgenommen: $\alpha_{\text{korr}} = .025$.

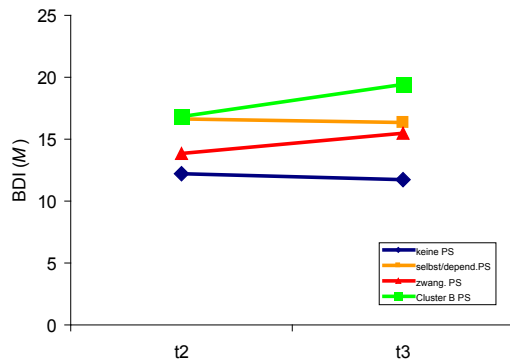


Abbildung 3.18 Mittelwerte (M) im BDI zu t_2 und t_3 für Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **selbst/depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t₂**: Ende der stationären Behandlung. **t₃**: ein Jahr nach der stationären Behandlung. **zwang. PS**: zwanghafte PS.

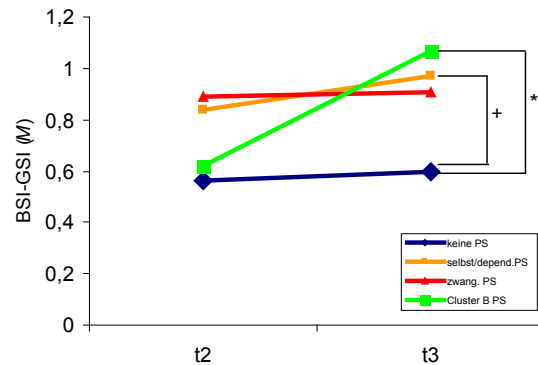


Abbildung 3.19 Mittelwerte (M) im BSI-GSI zu t_2 und t_3 für Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **selbst/depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t₂**: Ende der stationären Behandlung. **t₃**: ein Jahr nach der stationären Behandlung. **zwang. PS**: zwanghafte PS.

* $p < .05$, + $p < .10$.

Tabelle 3.42 Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der Werte im BDI und BSI-GSI von t_2 nach t_3 ($d_{t_2-t_3}$) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede im BDI und BSI-GSI zu t_3 zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t_3})

		N	t_2 M (SD)	t_3 M (SD)	$d_{t_2-t_3}$ ^a	d_{t_3} (Referenz- kategorie: ohne PS)
BDI	ohne PS	99	12.23 (8.67)	11.73 (11.61)	-.05	
	selbstun./depend. PS	11	16.64 (13.01)	16.27 (15.30)	-.03	.33
	zwanghafte PS	13	13.77 (10.27)	15.54 (14.45)	.14	.29
	Cluster B PS	12	16.83 (11.35)	19.42 (13.39)	.21	.61
BSI-GSI	ohne PS	99	0.56 (0.48)	0.60 (0.64)	.05	
	selbstun./depend. PS	11	0.84 (0.77)	0.97 (0.81)	.16	.51
	zwanghafte PS	13	0.89 (0.69)	0.91 (0.82)	.03	.42
	Cluster B PS	12	0.62 (0.52)	1.07 (0.77)	.68	.66

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **selbstun./depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t₂**: Ende der stationären Behandlung. **t₃**: ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Positive Effektstärken zeigen eine Zunahme, negative Effektstärken eine Abnahme der Symptomatik an.

Kontrolle konfundierender Variablen

Um zu untersuchen, ob die Unterschiede zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen im BSI-GSI zu t_3 möglicherweise darauf zurückgeführt werden können, dass sich die Patientengruppen auch hinsichtlich weiterer relevanter Variablen unterschieden, wurden schrittweise Regressionsanalysen (Methode: backward) mit dem BSI-GSI zu t_3 als abhängige Variable durchgeführt. Als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen - soziodemographische, störungs- und behandlungsrelevante Variablen einbezogen, in denen Unterschiede zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen vorlagen (siehe Anmerkungen zu der Tabelle 3.43). Für die 4-fach gestufte Variable „Persönlichkeitsstörung“ wurde eine Dummy-Kodierung vorgenommen (Dummy 1: keine PS vs. selbstunsichere/dependente PS, Dummy 2: keine PS vs. zwanghafte PS, Dummy 3: keine PS vs. Cluster B PS).

Da die Voraussetzungen für eine Regressionsanalyse mit dem BSI-GSI zu t_3 als abhängige Variable nicht erfüllt waren, wurde eine Wurzel-Transformation der BSI-GSI-Werte zu t_3 vorgenommen ($\text{BSI-GSI}_{\text{Wurzel}}$). Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse mit dem $\text{BSI-GSI}_{\text{Wurzel}}$ zu t_3 als abhängige Variable sind im Anhang B.3 (S. 201) dargestellt. Die Voraussetzungen waren erfüllt.

Die Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse sind in der Tabelle 3.43 zusammengefasst. Es zeigte sich, dass die psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) zu t_2 die psychische Gesamtbelastung zu t_3 vorhersagte. Weiterhin sagte, unabhängig von den Variablen, in denen sich die Patienten unterschieden, auch das Vorliegen von Cluster B Persönlichkeitsstörungen eine höhere psychische Gesamtbelastung zu t_3 vorher.

Tabelle 3.43 Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der psychischen Gesamtbelastung zu t_3 erfasst anhand des $\text{BSI-GSI}_{\text{Wurzel}}$ (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen gab^a)

	B (SE)	β	t	p	95 % Konfidenzintervall für B	
					untere Grenze	obere Grenze
BSI-GSI t_2	0.47 (0.05)	0.60	8.79	<.001	0.36	0.57
Cluster B PS	0.26 (0.10)	0.18	.63	.01	0.07	0.46
Konstante	0.41 (0.04)		9.37	<.001	0.33	0.50

Anmerkungen. N = 135. $R^2 = .39$.

BSI-GSI: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **PS:** Persönlichkeitsstörung. **t_2 :** Ende der stationären Behandlung. **t_3 :** ein Jahr nach der stationären Behandlung. **Wurzel:** Wurzel-transformierter Wert.

^a Prädiktoren: (1) Alter, (2) Familienstand: ledig, (3) BSI-GSI t_2 , (4) Bildungsstand: (Fach-)Hochschulreife, (5) komorbide Achse I Störung, (6) Einzel-KVT $t_1 \rightarrow t_2$, (7) Persönlichkeitsstörung.

3.5.2.2.2 Fremdbeurteilung der Depressionsschwere (HAMD₁₇)

Die statistischen Kennwerte der im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind in der Tabelle 3.44 zusammengefasst. Die HAMD₁₇-Werte zu t_2 und t_3 von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen sind in der Abbildung 3.20 dargestellt. Die Mittelwerte und Standardabweichungen in der HAMD₁₇ zu t_2 und t_3 , die Effektstärken d für Messwiederholung zur Erfassung der Stärke der Veränderung der Depressivität (HAMD₁₇) von t_2 nach t_3 sowie die Effektstärken Cohens d für die Unterschiede in der HAMD₁₇ zu t_3 zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen sind in der Tabelle 3.45 zusammengefasst.

Symptomveränderung t_2 - t_3 : Die hypothesengeleitete Kontrastanalyse (siehe Tabelle 3.44) zeigte, dass es keine signifikante Veränderung in der HAMD₁₇ von t_2 nach t_3 in der Gesamtpatientenstichprobe gab (Haupteffekt „Zeit“), und dass sich die Patientengruppen dahingehend nicht signifikant voneinander unterschieden (Interaktionseffekt „Zeit x Persönlichkeitsstörung“). Die Effektstärke für Messwiederholung $d_{\text{HAMD}} = .50$ weist jedoch auf eine moderate Zunahme der Depressivität in der Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen hin, wobei Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen keine bedeutsame Veränderung in der HAMD₁₇ von t_2 nach t_3 zeigten ($d_{\text{HAMD}} = -.09$).

Symptomschwere t_3 : Die hypothesengeleitete Kontrastanalyse (siehe Tabelle 3.44) zeigte, dass es einen signifikanten Unterschied in der HAMD₁₇ zu t_3 zwischen den Patientengruppen gab (Haupteffekt „Persönlichkeitsstörung“). Kontrastberechnungen mit der Referenzgruppe „ohne Persönlichkeitsstörung“ zeigten einen statistischen Trend ($p < .10$), der darauf hindeutet, dass Patienten mit selbstunsicherer/dependenter Persönlichkeitsstörung zu t_3 im Mittel einen höheren HAMD₁₇-Wert aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (Cohens $d = .51$). Es zeigte sich auch, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen im Mittel einen signifikant höheren HAMD₁₇-Wert zu t_3 hatten als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (Cohens $d = .79$).

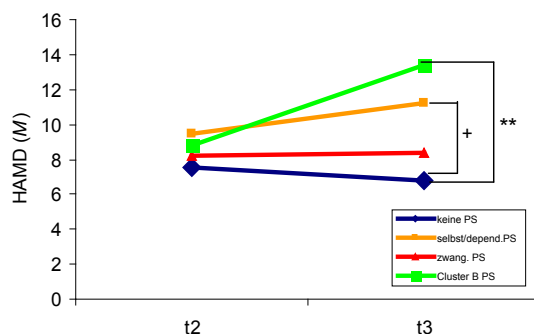


Abbildung 3.20 Mittelwerte (M) in der HAMD₁₇ zu t_2 und t_3 für Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **selbst/depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t_2** : Ende der stationären Behandlung. **t_3** : ein Jahr nach der stationären Behandlung. **zwang. PS**: zwanghafte PS.

** $p < .01$, * $p < .10$.

Tabelle 3.44 Ergebnisse zum Vergleich der Veränderung der Depressivität von t_2 nach t_3 bzw. der Depressionsausprägung zu t_3 - erfasst anhand der **HAMD₁₇** - von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (zweifaktorielle univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor, Zwischensubjektfaktor „PS“ 4-fach gestuft)

Univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung (drei Messzeitpunkte)											
Haupteffekt „Zeit“				Interaktionseffekt „Zeit x PS“				Haupteffekt „PS“			
df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²	df	F _{Pillai-Spur}	p	η²
2; 121	136.06	<.001	.69	6; 244	0.98	.44	.02	3; 122	2.01	.09	.04
Kontrastanalyse: Symptomabnahme t ₂ → t ₃											
Haupteffekt „Zeit“											
df	F	p	η²								
1; 122	1.65	.20	.01								
Kontrastanalyse: Symptomschwere t ₃											
								Haupteffekt „PS“			
								df	F	p	η²
								3; 122	3.15	.03	.07
Kontraste mit Referenzgruppe „ohne PS“											
selbstun./depend. PS ^a								1; 101	3.02	.09	
zwanghafte PS ^a								1; 102	0.41	.52	
Cluster B PS								1; 103	8.06	.005	

Anmerkungen. ohne PS: $n = 93$, selbstun./depend. PS: $n = 10$, zwanghafte PS: $n = 11$, Cluster B PS: $n = 12$. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. η^2 : Effektstärke eta². **selbstun./depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Da für Cluster C PS nur eine Hypothese aufgestellt wurde, jedoch getrennte Tests für Patienten mit selbstunsicherer/dependenter PS und Patienten mit zwanghafter PS durchgeführt wurden, wurde eine α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Vergleiche vorgenommen: $\alpha_{\text{kor}} = .025$.

Tabelle 3.45 Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der **HAMD₁₇**-Werte von t_2 nach t_3 ($d_{t_2-t_3}$) sowie Effektstärken Cohens d für Unterschiede in der **HAMD₁₇** zu t_3 zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (d_{t_3})

		N	t_2 M (SD)	t_3 M (SD)	$d_{t_2-t_3}$ ^a	d_{t_3} (Referenzkategorie: ohne PS)
HAMD₁₇	ohne PS	93	7.46 (6.25)	6.82 (7.36)	-.09	
	selbstun./depend. PS	10	9.50 (9.25)	11.20 (9.52)	.18	.51
	zwanghafte PS	11	8.18 (5.81)	8.36 (9.12)	.02	.19
	Cluster B PS	12	8.75 (9.29)	13.42 (9.23)	.50	.79

Anmerkungen. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. t_2 : Ende der stationären Behandlung. **selbstun./depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. t_3 : ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Positive Effektstärken zeigen eine Zunahme, negative Effektstärken eine Abnahme der Depressivität an.

Kontrolle konfundierender Variablen

Um zu untersuchen, ob die Unterschiede zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen in der HAMD₁₇ zu t_3 möglicherweise darauf zurückgeführt werden können, dass sich die Patientengruppen auch hinsichtlich weiterer relevanter Variablen unterschieden, wurde eine schrittweise Regression (Methode: backward) mit der HAMD₁₇ zu t_3 als abhängige Variable durchgeführt. Als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen - soziodemographische, störungs- und behandlungsrelevante Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörung gab (siehe Anmerkungen zu der Tabelle 3.46). Für die 4-fach gestufte Variable „Persönlichkeitsstörung“ wurde eine Dummy-Kodierung vorgenommen (Dummy 1: keine PS vs. selbstunsichere/dependente PS, Dummy 2: keine PS vs. zwanghafte PS, Dummy 3: keine PS vs. Cluster B PS). Die Ergebnisse zur Überprüfung der Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse mit der HAMD₁₇ zu t_3 als abhängige Variable sind im Anhang B.4 (S. 202) dargestellt. Die Voraussetzungen waren, mit Ausnahme der Homoskedastizität, erfüllt.

Die Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse sind in der Tabelle 3.46 zusammengefasst. Es zeigte sich, dass der HAMD₁₇-Wert zu t_2 den HAMD₁₇-Wert zu t_3 vorhersagte. Je höher die Depressivität zu t_2 war, desto höher war auch die Depressivität zu t_3 . Unabhängig davon sagte auch das Vorliegen von Cluster B Persönlichkeitsstörungen eine höhere Depressivität zu t_3 vorher.

Tabelle 3.46 Ergebnisse der schrittweisen Regressionsanalyse (Methode: backward) zur Vorhersage der Depressivität zu t_3 erfasst anhand der HAMD₁₇ (als Prädiktoren wurden - neben dem Vorliegen von Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen - Variablen einbezogen, in denen es Unterschiede zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörung gab^a)

	B (SE)	β	t	p	95 % Konfidenzintervall für B	
					untere Grenze	obere Grenze
HAMD t_2	0.38 (0.10)	0.32	3.84	<.001	0.19	0.58
Cluster B PS	5.67 (2.28)	0.21	2.49	.01	1.16	10.18
Konstante	4.41 (1.04)		4.24	<.001	2.35	6.46

Anmerkungen. N = 126, $R^2 = .15$.

HAMD: Hamilton Depressionsskala. **PS:** Persönlichkeitsstörung. **t_2 :** Ende der stationären Behandlung. **t_3 :** ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Prädiktoren: (1) Alter, (2) Familienstand: ledig, (3) Bildungsstand: (Fach-)Hochschulreife, (4) HAMD t_2 , (5) komorbide Achse I Störung, (6) Einzel-KVT $t_1 \rightarrow t_2$, (7) Persönlichkeitsstörung.

In der Abbildung 3.21 sind die Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der Symptomausprägung vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt sowohl für

Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen als auch Patienten mit selbstunsicherer/dependenten, zwanghafter bzw. Cluster B Persönlichkeitsstörung zusammenfassend dargestellt.

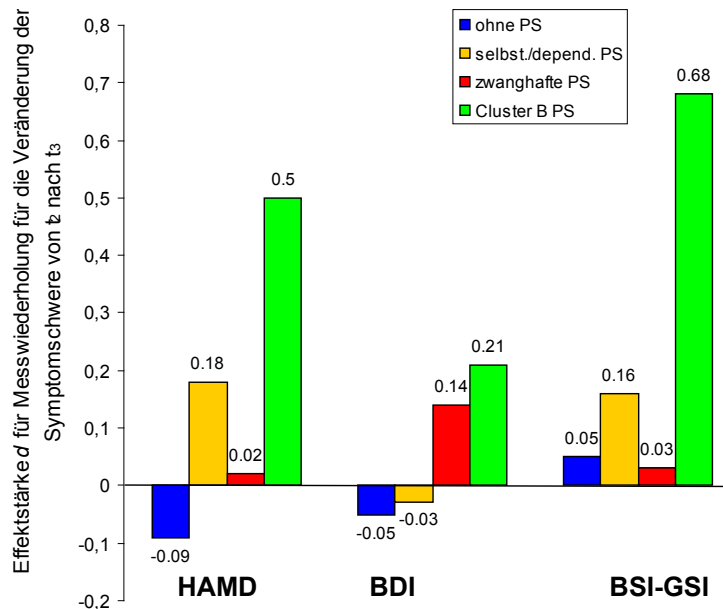


Abbildung 3.21 Effektstärken d für Messwiederholung für die Veränderung der Symptomausprägung von t_2 nach t_3 bei Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen und Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen

Anmerkungen. Positive Effektstärken zeigen eine Zunahme, negative Effektstärken eine Abnahme der Symptomatik an.

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD:** Hamilton Depressionsskala. **PS:** Persönlichkeitsstörung. **selbst./depend. PS:** vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **t_2 :** Ende der stationären Behandlung. **t_3 :** ein Jahr nach der stationären Behandlung.

Recoveryraten

Die Ergebnisse zum Vergleich der Recoveryraten von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen zu t_3 sind in der Tabelle 3.47 (S. 114) zusammengefasst.

Für die Depressivität (HAMD₁₇, BDI) zeigte sich, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen signifikant seltener das Recoverykriterium (HAMD₁₇ < 8, BDI < 11) zu t_3 erreichten als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Für die psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) lag kein signifikanter Unterschied bezüglich der Recoveryraten zu t_3 zwischen den untersuchten Gruppen vor. Wenn die Häufigkeiten „geheilte“ Patienten deskriptiv (und nicht auf der Basis statistischer Tests) verglichen wurden, zeigte sich jedoch, dass deutlich weniger Patienten mit selbstunsicherer/dependenter Persönlichkeitsstörung das Recoverykriterium im BSI-GSI zu t_3 erreichten als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (36 % vs. 61 %).

Tabelle 3.47 Ergebnisse zum Vergleich der Recoveryraten zu t_3 ($HAMD_{17} < 8$, $BDI < 11$, $T_{BSI-GSI} < 63$) von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen

	N	Recoveryraten zu t_3				
		% (n)	df	χ^2	p	ϕ
HAMD₁₇			3	7.52	.06	.24 ^a
ohne PS	93	69.9 (65)				
selbstun./depend. PS ^{b,c}	10	50.0 (5)	1	1.64	.20	.13
zwanghafte PS ^{b,c}	11	54.5 (5)	1	1.07	.30	.10
Cluster B PS ^b	12	33.3 (3)	1	6.31	.01	.25
BDI			3	8.59	.04	.25 ^a
ohne PS	99	59.6 (59)				
selbstun./depend. PS ^{b,c}	11	45.5 (5)	1	0.81	.37	.09
zwanghafte PS ^{b,c}	13	46.2 (6)	1	0.85	.36	.09
Cluster B PS ^b	12	16.7 (2)	1	7.97	.005	.27
BSI-GSI			3	4.07	.25	.17 ^a
ohne PS	99	60.6 (60)				
selbstun./depend. PS	11	36.4 (4)				
zwanghafte PS	13	46.2 (6)				
Cluster B PS	12	41.7 (5)				

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **selbstun./depend. PS**: vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. ϕ : Effektstärke phi. t_3 : ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Effektstärke Cramers V.

^b Referenzgruppe „ohne Persönlichkeitsstörung“

^c Da für Cluster C PS nur eine Hypothese aufgestellt wurde, jedoch getrennte Tests für Patienten mit selbstunsicherer/dependenter PS und Patienten mit zwanghafter PS durchgeführt wurden, wurde eine α -Fehler-Korrektur aufgrund multipler Vergleiche vorgenommen: $\alpha_{\text{korrt}} = .025$.

Häufigkeit depressiver Episoden im Katamnesezeitraum

Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den untersuchten Patientengruppen hinsichtlich der Häufigkeit des Vorliegens mindestens einer depressiven Episoden im Katamnesezeitraum (siehe Tabelle 3.48).

Tabelle 3.48 Ergebnisse zum Vergleich der Häufigkeit des Vorliegens depressiver Episoden im ersten Jahr nach Klinikaufenthalt von Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen

	Depressive Episode t_2 - t_3				
	% (n)	df	χ^2	p	V
ohne PS	35.1 (33)	3	3.59	.31	.17
selbstun./depend. PS	40.0 (4)				
zwanghafte PS	54.5 (6)				
Cluster B PS	58.3 (7)				

Anmerkungen. ohne PS: $n = 94$, selbstun./depend. PS: $n = 10$, zwanghafte PS: $n = 11$, Cluster B PS: $n = 12$. **PS**: Persönlichkeitsstörung. **selbst./depend. PS**: selbstunsichere und/oder dependente PS. t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach der stationären Behandlung. **V**: Effektstärke Cramers V.

3.5.2.3 Zusammenfassung

Cluster B Persönlichkeitsstörungen

H 2a: Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen erzielen von t_1 nach t_2 eine signifikante Symptomreduktion.

Die Hypothese konnte sowohl für die Ausprägung der Depressivität (BDI, HAMD₁₇) als auch die psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) bestätigt werden.

H 2b: Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen weisen zu t_2 eine höhere Symptomschwere, geringere Raten klinisch bedeutsamer Verbesserungen und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Es konnten weder hinsichtlich der Depressivität (HAMD₁₇, BDI) noch der psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI) nach erfolgter Behandlung signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen festgestellt werden. Für die Depressivität erfasst anhand des BDI wies die Effektstärke Cohens $d_{BDI} = .46$ jedoch darauf hin, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen nach Abschluss der stationären Behandlung eine moderat stärkere Depressivität aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

H 2c: Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen weisen von t_2 nach t_3 eine stärkere Symptomzunahme auf und erfüllen im Katamnesezeitraum häufiger die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich des Ausmaßes der Symptomveränderung vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt und der Häufigkeit des Vorliegens mindestens einer depressiven Episode im ersten poststationären Jahr gezeigt werden. Die Effektstärken d für Messwiederholung wiesen jedoch darauf hin, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen eine moderate Zunahme ihrer psychischen Gesamtbelastung ($d_{BSI-GSI} = .68$) sowie ihrer Depressivität ($d_{HAMD} = .50$) vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt zeigten, wobei Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen keine bedeutsame Veränderung ihrer Symptomschwere ($d_{BSI-GSI} = .05$, $d_{HAMD} = .11$) aufwiesen.

H 2d: Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen weisen zu t_3 eine höhere Symptomschwere und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Erwartungskonform zeigten Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen ein Jahr nach dem Klinikaufenthalt eine signifikant höhere psychische Gesamtbelastung (Cohens $d_{BSI-GSI} = .66$) und fremdbeurteilte Depressivität (Cohens $d_{HAMD} = .79$) als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Im BDI konnte hingegen kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen festgestellt werden. Die Effektstärke Cohens $d_{BDI} = .61$ weist jedoch darauf hin, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeits-

störungen zum Katamnesezeitpunkt eine moderat stärkere selbstbeurteilte Depressivität aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Hinsichtlich der Recoveryraten zeigte sich, dass - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - signifikant weniger Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen ein Jahr nach der stationären Behandlung bezüglich der Depressivität als „geheilt“ gelten konnten ($HAMD_{17} < 8$, $BDI < 11$).

Cluster C Persönlichkeitsstörungen

H 3a: Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen weisen von t_1 nach t_2 eine signifikante Symptomreduktion auf.

Die Hypothese konnte sowohl für Patienten mit selbstunsicherer/dependenten als auch mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung bestätigt werden.

H 3b: Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen weisen zu t_2 eine höhere Symptomschwere, geringere Raten klinisch bedeutsamer Verbesserungen und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Selbstunsichere/dependente Persönlichkeitsstörung: Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit selbstunsicherer/dependenten Persönlichkeitsstörung und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich des Ausmaßes der Depressivität ($HAMD_{17}$, BDI) und der psychischen Gesamtbelastung ($BSI-GSI$) nach erfolgter Behandlung gezeigt werden. Die Effektstärken Cohens d wiesen jedoch darauf hin, dass Patienten mit selbstunsicherer/dependenten Persönlichkeitsstörung zum Entlassungszeitpunkt leicht bis moderat höhere Depressionswerte im BDI sowie eine höhere psychische Gesamtbelastung aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen ($d_{BDI} = .40$, $d_{BSI-GSI} = .44$). Dies spiegelte sich hinsichtlich der psychischen Gesamtbelastung auch in ihrer tendenziell ($p < .10$) geringeren Recoveryrate im $BSI-GSI$ - im Vergleich zur Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen - wider (35 % vs. 66 %).

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung: Es konnte kein signifikanter Unterschied in der Depressivität (BDI , $HAMD_{17}$) und der psychischen Gesamtbelastung ($BSI-GSI$) am Ende der stationären Behandlung zwischen Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen festgestellt werden. Für die psychische Gesamtbelastung wies die Effektstärke Cohens $d_{BSI-GSI} = .56$ jedoch auf eine moderat stärkere Belastung in der Patientengruppe mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung als in der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen hin. Dies zeigte sich auch in ihrer tendenziell ($p < .10$) geringeren Recoveryrate im $BSI-GSI$ im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (39 % vs. 66 %).

H 3c: Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen weisen von t_2 nach t_3 eine stärkere Symptomzunahme auf und erfüllen im Katamnesezeitraum häufiger die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit selbstunsicherer/dependenten sowie mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich des Ausmaßes der Symptomveränderung vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt sowie der Häufigkeit des Vorliegens mindestens einer depressiven Episode im Katamnesezeitraum festgestellt werden.

H 3d: Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen weisen zu t_3 eine höhere Symptomschwere und geringere Recoveryraten auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Selbstunsichere/dependente Persönlichkeitsstörung: Patienten mit selbstunsicher/dependenten Persönlichkeitsstörung wiesen ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt tendenziell ($p < .10$) eine höhere psychische Gesamtbelastung (Cohens $d_{BSI-GSI} = .51$) und fremdbeurteilte Depressivität (Cohens $d_{HAMD} = .51$) auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, was im Zusammenhang mit ihrer höheren Symptombelastung zum Entlassungszeitpunkt stand.

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung: Es konnte kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Depressivität ($HAMD_{17}$, BDI) und der psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI) ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt zwischen Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen festgestellt werden. Die Effektstärke Cohens $d_{BSI-GSI} = .42$ wies jedoch darauf hin, dass Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung - wie schon zum Entlassungszeitpunkt - auch zum Katamnesezeitpunkt eine leicht bis moderat höhere psychische Gesamtbelastung aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

3.6 Der Zusammenhang zwischen den Ausprägungsgraden von Persönlichkeitsfaktoren und dem Erfolg der Depressionsbehandlung

Wie in Kapitel 1.4 (S. 21 ff.) dargestellt, wurde explorativ die Frage untersucht, ob die Ausprägungsgrade der Persönlichkeitsfaktoren, die anhand des SKID-II erfasst wurden (dimensionale SKID-II-Scores), im Zusammenhang mit dem Ausmaß der Symptomveränderung von t_1 nach t_2 bzw. t_2 nach t_3 stehen. Die Zusammenhangsanalysen konnten aufgrund von Stichprobengrößen $n < 5$ nicht für die Persönlichkeitsfaktoren „antisozial“, „histrionisch“ und „schizotyp“ durchgeführt werden. Bezugnehmend auf das Zentrale Grenzwerttheorem, das besagt, dass ab einer Stichprobengröße $N > 30$ eine Normalverteilung angenommen werden kann (Bortz, 1999), wurden für Persönlichkeitsfaktoren mit $N < 30$ Rangkorrelationen und für Persönlichkeitsfaktoren mit $N > 30$ Produkt-Moment-Korrelationen zwischen den dimensional SKID-II-Scores und den Differenzwerten t_1-t_2 sowie t_3-t_2 in BDI, $HAMD_{17}$ und BSI-GSI berechnet. Es wurde zur Vereinfachung der Interpretation entschieden, für die Veränderung der Symptomschwere von t_2 nach t_3 die Differenz $t_3 - t_2$ zu berechnen, da sich für alle untersuchten Persönlichkeitsfaktoren im Mittel eine Zunahme der $HAMD_{17}$ -, BDI- und BSI-GSI-Werte von t_2 nach t_3

zeigte. Aufgrund des explorativen Charakters der Fragestellung sowie der kleinen Stichprobenumfänge und der damit einhergehenden eingeschränkten Teststärke wurde nicht auf die Signifikanztestung, sondern auf die deskriptive Analyse der Korrelationen fokussiert. Die Korrelationen sind in der Tabelle 3.49 (S. 120) dargestellt. Im Folgenden werden mindestens schwache Korrelationen ($r > .10$) zwischen den SKID-II-Scores und den Differenzwerten t_1 - t_2 bzw. t_3 - t_2 in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI berichtet.

(1) Persönlichkeitsfaktor „paranoid“: Es zeigten sich schwache bis moderate negative Zusammenhänge zwischen dem dimensional SKID-II-Score für den Persönlichkeitsfaktor „paranoid“ und den Differenzwerten t_1 - t_2 in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI ($r = -.18 - -.21$). Je höher die Ausprägung paranoider Merkmale war, desto geringer war die Abnahme der Depressivität und der psychischen Gesamtbelastung von t_1 nach t_2 . Weiterhin zeigte sich ein schwacher positiver Zusammenhang zwischen dem dimensional SKID-II-Score und dem Differenzwert t_3 - t_2 im BSI-GSI ($r = .15$). Je höher die Ausprägung paranoider Merkmale war, desto stärker war die Zunahme der psychischen Gesamtbelastung von t_2 nach t_3 .

(2) Persönlichkeitsfaktor „schizoid“: Es zeigten sich mittlere positive Zusammenhänge zwischen dem dimensional SKID-II-Score für den Persönlichkeitsfaktor „schizoid“ und den Differenzwerten t_1 - t_2 in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI ($r = .30 - .39$). Je stärker schizoide Merkmale ausgeprägt waren, desto stärker war die Abnahme der Depressivität und der psychischen Gesamtbelastung von t_1 nach t_2 . Weiterhin zeigten sich moderate bis hohe Zusammenhänge zwischen dem dimensional SKID-II-Score und den Differenzwerten t_3 - t_2 in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI ($r = .34 - .62$). Je höher die Ausprägung schizoider Merkmale war, desto stärker war die Zunahme der Depressivität und der psychischen Gesamtbelastung von t_2 nach t_3 .

(3) Persönlichkeitsfaktor „Borderline“: Es zeigte sich ein schwacher positiver Zusammenhang zwischen dem dimensional SKID-II-Score für den Persönlichkeitsfaktor „Borderline“ und dem Differenzwert t_1 - t_2 im BSI-GSI ($r = .13$). Je stärker emotional instabile Persönlichkeitsmerkmale ausgeprägt waren, desto stärker war die Abnahme der psychischen Gesamtbelastung von t_1 nach t_2 . Weiterhin zeigten sich schwache positive Zusammenhänge zwischen dem dimensional SKID-II-Score und den Differenzwerten t_3 - t_2 im BDI ($r = .15$) und im BSI-GSI ($r = .10$). Je stärker Borderline Persönlichkeitsmerkmale ausgeprägt waren, desto stärker war die Zunahme der Depressivität (BDI) und der psychischen Gesamtbelastung von t_2 nach t_3 .

(4) Persönlichkeitsfaktor „narzisstisch“: Es zeigte sich ein schwacher negativer Zusammenhang zwischen dem dimensional SKID-II-Score für den Persönlichkeitsfaktor „narzisstisch“ und dem Differenzwert t_1 - t_2 im BDI ($r = -.14$). Je höher die Ausprägung narzisstischer Persönlichkeitsmerkmale war, desto geringer war die Abnahme der Depressivität im BDI von t_1 nach t_2 . Weiterhin zeigten sich moderate bis hohe negative Zusammenhänge zwischen dem dimensional SKID-II-Score und den Differenzwerten

t_3-t_2 in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI ($r = -.41 - -.50$). Je stärker narzisstische Persönlichkeitsmerkmale ausgeprägt waren, desto geringer war die Zunahme der Depressivität und der psychischen Gesamtbelastung von t_2 nach t_3 .

(5) Persönlichkeitsfaktor „vermeidend-selbstunsicher“: Es zeigten sich schwache positive Zusammenhänge zwischen dem dimensionalen SKID-II-Score für den Persönlichkeitsfaktor „vermeidend-selbstunsicher“ und den Differenzwerten t_1-t_2 in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI ($r = .10 - .17$). Je stärker vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsmerkmale ausgeprägt waren, desto stärker war die Abnahme der Depressivität und der psychischen Gesamtbelastung von t_1 nach t_2 . Weiterhin zeigten sich schwache bis moderate positive Zusammenhänge zwischen dem dimensionalen SKID-II-Score und den Differenzwerten t_3-t_2 in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI ($r = .15 - .22$). Je stärker vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsmerkmale ausgeprägt waren, desto stärker war die Zunahme der Depressivität und psychischen Gesamtbelastung von t_2 nach t_3 .

(6) Persönlichkeitsfaktor „dependent“: Es zeigten sich schwache bis moderate negative Zusammenhänge zwischen dem dimensionalen SKID-II-Score für den Persönlichkeitsfaktor „dependent“ und den Differenzwerten t_1-t_2 im BDI ($r = -.36$) und im BSI-GSI ($r = -.22$). Je stärker die Ausprägung dependenter Persönlichkeitsmerkmale war, desto geringer war die Abnahme der Depressivität (BDI) und der psychischen Gesamtbelastung von t_1 nach t_2 . Weiterhin zeigten sich schwache bis moderate positive Zusammenhänge zwischen dem dimensionalen SKID-II-Score und den Differenzwerten t_3-t_2 im BSI-GSI ($r = .11$) und in der HAMD₁₇ ($r = .31$). Je stärker dependente Persönlichkeitsmerkmale ausgeprägt waren, desto stärker war die Zunahme der Depressivität (HAMD₁₇) und der psychischen Gesamtbelastung von t_2 nach t_3 .

(7) Persönlichkeitsfaktor „zwanghaft“: Es zeigten sich schwache bis moderate positive Zusammenhänge zwischen dem dimensionalen SKID-II-Score für den Persönlichkeitsfaktor „zwanghaft“ und den Differenzwerten t_1-t_2 in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI ($r = .17 - .32$). Je stärker zwanghafte Persönlichkeitsmerkmale ausgeprägt waren, desto stärker war die Abnahme der Depressivität und der psychischen Gesamtbelastung von t_1 nach t_2 .

(8) Persönlichkeitsfaktor „negativistisch“: Es zeigten sich schwache bis moderate (BDI) und hohe (BSI-GSI) negative Zusammenhänge zwischen dem dimensionalen SKID-II-Score für den Persönlichkeitsfaktor „negativistisch“ und den Differenzwerten t_1-t_2 im BDI ($r = -.24$) und im BSI-GSI ($r = -.54$). Je höher die Ausprägung negativistischer Persönlichkeitsmerkmale war, desto geringer war die Abnahme der Depressivität im BDI und der psychischen Gesamtbelastung von t_1 nach t_2 . Andererseits zeigte sich ein moderater positiver Zusammenhang zwischen dem dimensionalen SKID-II-Score und dem Differenzwert t_1-t_2 in der HAMD₁₇ ($r = .37$). Je stärker negativistische Merkmale ausgeprägt waren, desto stärker war die Abnahme der Depressivität in der HAMD₁₇ von t_1 nach t_2 .

Weiterhin zeigten sich moderate bis hohe negative Zusammenhänge zwischen dem dimensionalen SKID-II-Score und den Differenzwerten t_3-t_2 im BDI ($r = -.47$) und im BSI-GSI ($r = -.39$). Je höher die Ausprägung negativistischer Persönlichkeitsmerkmale war, desto geringer war die Zunahme der Depressivität (BDI) und der psychischen Gesamtbelastung von t_2 nach t_3 .

(9) Persönlichkeitsfaktor „depressiv“: Es zeigten sich schwache positive Zusammenhänge zwischen dem dimensionalen SKID-II-Score für den Persönlichkeitsfaktor „depressiv“ und den Differenzwerten t_1-t_2 in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI ($r = .11 - .18$). Je stärker die Ausprägung depressiver Persönlichkeitsmerkmale war, desto stärker war die Abnahme der Depressivität und der psychischen Gesamtbelastung von t_1 nach t_2 . Weiterhin zeigten sich schwache bis moderate positive Zusammenhänge zwischen dem dimensionalen SKID-II-Score und den Differenzwerten t_3-t_2 in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI ($r = .24 - .35$). Je höher die Ausprägung depressiver Persönlichkeitsmerkmale war, desto höher war auch die Zunahme der Depressivität und der psychischen Gesamtbelastung von t_2 nach t_3 .

Tabelle 3.49 Korrelationen zwischen den dimensionalen SKID-II-Scores für die Persönlichkeitsfaktoren nach DSM-IV und den Differenzwerten t_1-t_2 und t_3-t_2 in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI

	N BDI/GSI, HAMD ^a	$r_{t_1-t_2}^b$			$r_{t_3-t_2}^c$		
		HAMD ₁₇	BDI	BSI-GSI	HAMD ₁₇	BDI	BSI-GSI
paranoid ^d	25; 22	-.21	-.19	-.18	-.08	-.02	.15
schizoid ^d	19; 18	.37	.39	.30	.62*	.37	.34
schizotyp ^e	4; 2	-	-	-	-	-	-
Borderline ^f	39; 38	.01	.05	.13	<.001	.15	.10
narzisstisch ^d	15; 14	-.003	-.14	-.05	-.48	-.41	-.50 ⁺
histrionisch ^e	3; 2	-	-	-	-	-	-
antisozial ^e	2; 1	-	-	-	-	-	-
vermeidend-selbstunsicher ^f	45; 43	.10	.17	.12	.22	.20	.15
dependent ^d	26; 23	-.05	-.36 ⁺	-.22	.31	-.02	.11
zwanghaft ^f	58; 55	.17	.32*	.23 ⁺	.07	-.04	-.01
negativistisch ^d	10; 9	.37	-.24	-.54	-.02	-.47	-.39
depressiv ^f	40; 37	.18	.12	.11	.24	.31	.35*

Anmerkungen. t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung. t_3 : ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Anzahl der Personen, für die ein Wert für die Ausprägung auf dem jeweiligen Persönlichkeitsfaktor vorlag.

^b Für jeden Persönlichkeitsfaktor lag im Mittel in der Stichprobe eine Abnahme der Werte in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI von t_1 nach t_2 vor.

^c Für jeden Persönlichkeitsfaktor lag im Mittel in der Stichprobe eine Zunahme der Werte in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI von t_2 nach t_3 vor. Deshalb wurde die Differenz $t_3 - t_2$ berechnet.

^d Spearmans Rangkorrelation.

^e Korrelationen wurden aufgrund von $n < 5$ nicht berechnet (Field, 2005).

^f Pearsons Produkt-Moment-Korrelation.

* $p < .05$. ⁺ $p < .10$.

4 Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde die Ergebnisqualität einer stationären Depressionsbehandlung unter Alltagsbedingungen untersucht (*effectiveness study*) und die klinisch häufig verbreitete Annahme überprüft, dass depressiv erkrankte Patienten mit Persönlichkeitsstörungen einen ungünstigeren Behandlungserfolg aufweisen als depressiv Erkrankte ohne Persönlichkeitsstörungen (Saulsman et al., 2006). Die untersuchten Patienten wurden in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Kliniken im TWW, einer Klinik mit Versorgungsauftrag in Berlin, psychiatrisch-multiprofessionell behandelt.

Im Folgenden werden die Untersuchungsergebnisse diskutiert und die methodischen Stärken und Limitationen der Studie betrachtet. Abschließend wird auf die Implikationen der Befunde für die zukünftige Forschung und die klinische Praxis eingegangen.

4.1 Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen und depressiven Erkrankungen

In der untersuchten Stichprobe wurde bei 41 % der depressiv erkrankten Patienten mindestens eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Dies stimmt mit Prävalenzangaben überein, die in vergleichbaren Studien für stationär behandelte Patienten mit unipolaren Depressionen berichtet werden (20 – 50 %; Corruble et al., 1996). Auch die Auftretenshäufigkeiten der einzelnen im DSM-IV gelisteten Persönlichkeitsstörungen lagen in der untersuchten Patientenstichprobe weitgehend im Rahmen der von Corruble et al. (1996) berichteten Prävalenzen (siehe Tabelle 3.4, S. 58). Weiterhin entspricht auch das - im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen - häufige Auftreten von Cluster C Persönlichkeitsstörungen in dieser Untersuchung (27 %) den Befunden vergleichbarer Studien (Brieger et al., 2002; Schmitz et al., 1996). Kronmüller und Mundt (2006) berichten über dies hinaus, dass bei depressiv erkrankten Patienten aus dem Cluster B die Borderline Persönlichkeitsstörung am häufigsten diagnostiziert wird. Dies konnte auch in der vorliegenden Studie gezeigt werden.

Für die hohen Komorbiditätsraten von Persönlichkeitsstörungen und depressiven Erkrankungen gibt es verschiedene theoretische Erklärungsmodelle, die bei Bockian (2006), Fiedler (2007) sowie Klein et al. (1993) beschrieben sind und bereits in Kapitel 1.3.1 (S. 11) dargestellt wurden. Das Gemeinsame-Ursache-Modell geht davon aus, dass Persönlichkeitsstörungen und depressiven Erkrankungen gemeinsame ätiologische Faktoren zugrunde liegen. Im Prädispositionsmodell wird postuliert, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und -störungen einen Vulnerabilitätsfaktor für die Entstehung depressiver Störungen darstellen. Das Spektrummodell besagt, dass bestimmte Persönlichkeitsstörungen - wie zum Beispiel die depressive Persönlichkeitsstörung - als subklinische Manifestationen depressiver Erkrankungen angesehen werden können und

im Komplikationsmodell wird angenommen, dass die Persönlichkeit durch eine depressive Störung temporär verändert werden kann.

Weiterhin wird diskutiert, dass das häufige gemeinsame Auftreten von depressiven Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen auch im Zusammenhang mit der Überlappung der Kriterien für die beiden Störungsbilder steht (Bagby, Ryder & Christi, 2002; Gunderson & Philipps, 1991; Victor et al., 2006). Zum Beispiel sind ein verringertes Selbstwertgefühl sowie sozialer Rückzug sowohl Merkmale der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung als auch depressiver Erkrankungen. Auch die dependente Persönlichkeitsstörung und depressive Störungen teilen Merkmale wie die Schwierigkeit, Entscheidungen zu treffen, Gefühle des Alleinseins und der Hilflosigkeit sowie interpersonelle Dependenz. Außerdem zeigen sich Überschneidungen der Merkmale depressiver Störungen mit denen der Borderline Persönlichkeitsstörung (Affektinstabilität, Gefühl der inneren Leere, intensiver Ärger, Suizidgedanken und -versuche) und vor allem auch der depressiven Persönlichkeitsstörung (fehlende Lebensfreude, Traurigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, Pessimismus, Schuldgefühle). Für die depressive Persönlichkeitsstörung wird sogar diskutiert, ob es sich bei dieser Persönlichkeitsstörung tatsächlich um eine Achse II Störung oder eher um eine unterschwellige affektive Achse I Störung handelt (Victor et al., 2006).

Zusammenfassend kann daher davon ausgegangen werden, dass die hohen Komorbiditätsraten von Persönlichkeitsstörungen und depressiven Erkrankungen teilweise ein Artefakt überlappender Kriterien der beiden Störungsgruppen sind (Bockian, 2006; Gunderson & Philipps, 1991).

Validität der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen bei Patienten mit Depressionen

Aufgrund der Überschneidung der Kriterien einiger Persönlichkeitsstörungen mit denen depressiver Erkrankungen kann die Validität von Persönlichkeitsstörungsdiagnosen bei Patienten mit akuten depressiven Symptomen in Frage gestellt werden. Es kann nämlich nicht ausgeschlossen werden, dass einige der Kriterien für Persönlichkeitsstörungen als erfüllt beurteilt werden, obwohl sie nach Abklingen der depressiven Episode nicht mehr vorliegen (Bagby et al., 2002; Gunderson & Philipps, 1991; Victor et al., 2006). Fiedler (2007) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass

die Depression [...] ‚Persönlichkeit‘ zeitweilig verändern [kann] – und zwar *störungsbedingt* etwa in Richtung vermehrter ‚Dependenz‘ oder, ängstlich-vermeidend‘ oder auch als ‚Negativismus‘ [...]. Es wäre nicht unproblematisch, bei depressionsbedingter Persönlichkeitsänderung vorschnell die Möglichkeit einer ‚prämorbidem Persönlichkeit‘ zu vermuten. Nicht gerade selten schwanken Dependenz, Ängstlichkeit oder Negativismus mit dem Ausmaß der Depression, und sie gehen deutlich zurück, wenn die Depression sich verbessert (S. 384).

Auch Thompson et al. (1988) merken an, "[that] dependent and avoidant features often observed during a state of clinical depression [...] may in fact reflect the depressive process rather than specific personality characteristics even though they are sufficiently prominent to warrant an Axis II diagnosis"¹¹ (S. 144). Für die depressive Persönlichkeitsstörung konnten Hartlage, Arduino und Alloy (1998) zeigen, dass einige Merkmale der depressiven Persönlichkeitsstörung wie Grübeln, Freudlosigkeit, Pessimismus und Selbstzweifel "state dependent concomitants of depression"¹² (S. 351) sind und nach dem Abklingen der depressiven Episode nicht mehr vorliegen.

Die negative kognitive Triade als Merkmal depressiver Störungen, die beinhaltet, dass Patienten nicht nur eine negativ verzerrte Sicht auf ihre Umwelt und Zukunft, sondern auch auf sich selbst haben (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), kann als Erklärungsansatz dafür gelten, dass die Patienten ihre Symptome nicht als akut einschätzen, sondern annehmen, dass diese „schon immer“ vorgelegen haben. Loranger et al. (1990) weisen darauf hin, „[that] this is sometimes referred to as the 'trait-state' problem in personality assessment. If allowance is not made for it, it may lead to erroneous conclusions about premorbid personality and conceivably even an unwarranted personality disorder diagnosis"¹³ (S. 720). Daher sollten Persönlichkeitsstörungen erst nach dem Abklingen akuter depressiver Symptome diagnostiziert werden.

In der vorliegenden Studie wurde dem Aspekt des Risikos falsch-positiver Entscheidungen über das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen aufgrund akuter depressiver Symptomatik Rechnung getragen, indem die Persönlichkeitsstörungsdiagnostik frühestens ab Ende der dritten Woche des stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde. Dadurch sollte kontrolliert werden, dass die depressive Symptomatik zum Zeitpunkt der Diagnosestellung weitgehend abgeklungen war. Außerdem wurde das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen anhand eines strukturierten Interviews - dem SKID-II - von einer geschulten Diagnostikerin durchgeführt. Loranger et al. (1990) konnten zeigen, dass bei geschulten klinischen Ratern und der Verwendung strukturierter Interviews der aktuelle dysphorische Zustand die Erfassung von Persönlichkeitsstörungen nicht wesentlich verzerrt.

Da jedoch zum Zeitpunkt der Diagnosestellung das aktuelle Ausmaß der Depressivität nicht erfasst wurde, kann eine Konfundierung der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik mit depressiven Symptomen nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Die Korrelationen

¹¹ „dass abhängige und vermeidende Merkmale, die während einer depressiven Episode beobachtet werden können, eher depressive Prozesse als spezifische Persönlichkeitsmerkmale reflektieren, auch wenn sie in einem Ausmaß vorliegen, das die Diagnose einer Achse II Störung rechtfertigen würde“ (Übers. v. Verf.).

¹² „zustandsabhängige Begleiterscheinungen der Depression“ (Übers. v. Verf.).

¹³ „dass das manchmal als ‚Merkmals-Zustands‘-Problem der Erfassung der Persönlichkeit beschrieben wird. Wenn dies nicht berücksichtigt wird, kann es zu falschen Schlüssen über die prämorbid Persönlichkeit und möglicherweise zu ungerechtfertigten Persönlichkeitsstörungsdiagnosen kommen“ (Übers. v. Verf.).

zwischen dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen und der Depressivität (HAMD₁₇, BDI) weisen für die dependente, die depressive und die Borderline Persönlichkeitsstörung auf schwache bis moderate ($r = .14 - .27$) und für die anderen Persönlichkeitsstörungen lediglich auf unbedeutende Zusammenhänge mit der Depressionsausprägung zu Behandlungsbeginn hin (siehe Tabelle 0.8 im Anhang C, S. 213).

Zusammenfassend kann daher davon ausgegangen werden, dass, wenn es eine Konfundierung der Diagnostik der Persönlichkeitsstörungen mit der depressiven Symptomatik gab, diese lediglich von geringem Ausmaß war. Trotzdem ist es für zukünftige Forschungsprojekte wünschenswert, die Depressivität zum Zeitpunkt der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik zu erfassen, um das Risiko einer Konfundierung der Diagnosestellung mit der depressiven Symptomatik abschätzen zu können bzw. die Persönlichkeitsstörungsdiagnose erst dann zu vergeben, wenn die depressive Symptomatik abgeklungen ist.

4.2 „Komorbidität“ der Persönlichkeitsstörungen untereinander

In der vorliegenden Patientenstichprobe wurden - in Übereinstimmung mit Befunden weiterer Studien (Corruble et al., 1996; Fydrich, Schmitz, Dietrich et al., 1996; Hardy et al., 1995; Saß et al., 1996) - bei etwa der Hälfte der Patienten mit Persönlichkeitsstörung mindestens zwei Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, wobei bei 12 % drei und bei einer Person sogar vier Persönlichkeitsstörungsdiagnosen vergeben wurden. Die Ko-Prävalenzraten für die einzelnen Persönlichkeitsstörungen lagen zwischen 40 % und 100 % (siehe Tabelle 0.12 im Anhang C, S. 217). Am häufigsten wurden bei Patienten mit der Diagnose einer depressiven (100 %), einer Borderline (81 %) und einer dependenten (71 %) Persönlichkeitsstörung eine oder mehrere weitere Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert. Die Diagnose einer zwanghaften (41 %) und einer histrionischen (40 %) Persönlichkeitsstörung wurde hingegen jeweils am ehesten alleine gestellt¹⁴.

Die häufigen Mehrfachdiagnosen unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen („innere Komorbidität“) werden mit der Überlappung der Kriterien für die einzelnen Persönlichkeitsstörungen in Verbindung gebracht (mangelnde diskriminante Validität der Diagnosen; Fydrich, 2008). Dies lässt für den Bereich der Persönlichkeitsstörungen am Konzept der kategorialen Diagnostik (psychische Störungen = distinkte diagnostische Entitäten) zweifeln und spricht dafür, dass den Persönlichkeitsstörungen gemeinsame dimensionale Faktoren zugrunde liegen (u.a. Fossati et al., 2000; Fydrich, Schmitz, Dietrich.,

¹⁴ Von einer detaillierten Analyse des gemeinsamen Auftretens jeweils zweier Persönlichkeitsstörungen (Berechnung von Odds ratios) wurde abgesehen, da stabile Befunde aufgrund der kleinen Stichprobengröße von 68 Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und den damit einhergehenden geringen Auftretenshäufigkeiten einzelner Persönlichkeitsstörungen (schizoide, schizotype, antisoziale, negativistische Persönlichkeitsstörung: $n \leq 2$) nicht zu erwarten waren.

1996; Livesley et al., 1994; Stuart et al., 1998)¹⁵. Daher wird aktuell für die Neukonzeptualisierung der Sektion „Persönlichkeitsstörungen“ im Rahmen der Entwicklung des DSM-5 ein Modell vorgeschlagen, das kategoriale und dimensionale Aspekte der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik verbindet. In Übereinstimmung mit dieser Sichtweise wurde auch in der vorliegenden Studie - zusätzlich zur kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen - eine dimensionale Erfassung der Ausprägungsgrade der Persönlichkeitsfaktoren anhand des SKID-II durchgeführt (dimensionale SKID-II-Scores). Die Ergebnisse zum Zusammenhang der dimensional SKID-II-Scores mit dem Behandlungserfolg werden in Kapitel 4.6 (S. 144 ff.) diskutiert.

4.3 Soziodemographische und störungsrelevante Unterschiede zwischen depressiv erkrankten Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

Im Folgenden werden die Ergebnisse zu Unterschieden zwischen depressiv erkrankten Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich soziodemographischer und störungsrelevanter Merkmale diskutiert.

Soziodemographische Merkmale

Entsprechend bestehender Befunde (Brieger et al., 2002; Joyce et al., 2003; Mulder et al., 2003; Schiavone et al., 2006) waren in der vorliegenden Studie Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im Mittel jünger als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Brieger et al. (2002) nehmen an, dass die - per definitionem - seit dem frühen Erwachsenenalter bestehenden dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensweisen von Personen mit Persönlichkeitsstörungen sowie ihre vergleichsweise größeren Probleme in der interpersonellen Beziehungsgestaltung mit einem früheren Auftreten behandlungsbedürftiger depressiver Symptome in Zusammenhang stehen. Eine Erklärungsalternative für den Altersunterschied bietet der unter anderem von Abrams und Horowitz (1996, zitiert nach Brieger et al., 2002) berichtete Befund, dass die Prävalenzen der Persönlichkeitsstörungen mit zunehmendem Alter abnehmen.

Hinsichtlich des Familienstandes zeigte sich in Übereinstimmung mit Befunden verschiedener Studien (O'Leary & Costello, 2001; Russel et al., 2003; Schiavone et al., 2006), dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen häufiger ledig waren als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Erklärungsmöglichkeiten hierfür können einerseits das jüngere Alter der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und andererseits ihre interakti- onellen Besonderheiten bieten.

¹⁵ Die Kritik an der kategorialen Diagnostik beschränkt sich nicht nur auf die Persönlichkeitsstörungen. Im Rahmen der Entwicklung des DSM-5 wird auch für die Achse I Störungen eine Erweiterung der kategorialen Diagnostik um eine dimensionale Perspektive diskutiert (siehe hierzu *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, Volume 6, Issue S1).

Komorbide Achse I Störungen

In der vorliegenden Studie wurden in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen tendenziell ($p < .10$) häufiger komorbide Achse I Störungen diagnostiziert als in der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen (46 % vs. 31 %). Auch Fydrich, Schmitz, Dietrich et al. (1996) konnten zeigen, dass die Rate komorbider Achse I Störungen bei depressiv erkrankten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen höher ist als bei depressiv Erkrankten ohne Persönlichkeitsstörungen. Eine detaillierte Analyse zeigte, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen tendenziell häufiger psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1-Diagnosen) aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (21 % vs. 11 %). Es zeigte sich jedoch kein Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit von Angststörungen (F40- und F41-Diagnosen) sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43-Diagnosen) zwischen den beiden Patientengruppen.

Das vergleichsweise häufigere Auftreten von Missbrauch oder Abhängigkeit von psychotropen Substanzen bei depressiv erkrankten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen steht möglicherweise mit ihren - per definitionem - seit dem frühen Erwachsenenalter vorliegenden und über Jahrzehnte andauernden dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensweisen in Zusammenhang. Diese können mit starker Beeinträchtigung und Belastung einhergehen, was wiederum die Entwicklung von Missbrauchs- und Abhängigkeitserkrankungen als dysfunktionale Strategie zum Umgang mit Dauerbelastungen begünstigen kann.

Symptomschwere zu Beginn des stationären Aufenthaltes

In der vorliegenden Untersuchung wiesen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu Beginn der stationären Behandlung eine signifikant stärkere Depressivität im BDI (Cohens $d_{BDI} = .38$) und eine höhere psychische Gesamtbelastung (Cohens $d_{BSI-GSI} = .75$) auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Der Befund einer vergleichsweise stärkeren Symptombelastung in der Selbstbeurteilung bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu Behandlungsbeginn steht im Einklang mit Ergebnissen aus Studien von Hardy et al. (1995) sowie Schmitz et al. (1996). Im Gegensatz zur Selbstbeurteilung der Symptomschwere (BDI, BSI-GSI) konnte in der Fremdbeurteilung der Depressionsausprägung zu Behandlungsbeginn kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen beobachtet werden (Cohens $d_{HAMD} = .25$). Demnach kann vermutet werden, dass es auch von der **Beurteilungsperspektive** abhängt, ob Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu Behandlungsbeginn eine stärkere Symptombelastung aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Um diese Hypothese zu untermauern, wurde zusätzlich zur Hauptfragestellung für zwei weitere Fremdbeurteilungsverfahren - die *Clinical Global Impression Scale* (CGI) und die *Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus* (GAF) - sowie zwei weitere Selbstbeurteilungsinventare - die *Skala dysfunktionaler Einstellungen* (DAS) und die

Allgemeine Depressionsskala (ADS) - überprüft, ob Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen zu Behandlungsbeginn vorlagen. Die Verfahren wurden nicht in die hypothesengeleitete Auswertung einbezogen, da sie zwar zu Beginn und nach Abschluss der stationären Behandlung, nicht jedoch zum Katamnesezeitpunkt eingesetzt worden waren. Es zeigte sich auch für die Fremdbeurteilung der globalen Schwere der Erkrankung (CGI) sowie des allgemeinen Funktionsniveaus (GAF) zu Behandlungsbeginn kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen. In den Selbstbeurteilungsverfahren DAS und ADS hingegen wiesen - wie bereits im BDI und BSI-GSI - Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu Behandlungsbeginn eine höhere Beeinträchtigung auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (Cohens $d_{\text{DAS_gesamt}} = .79$, $d_{\text{ADS}} = .51$; statistische Kennwerte siehe Tabelle 0.9 im Anhang C, S. 213).

Kronmüller und Mundt (2006) diskutieren mögliche Erklärungsansätze für die vergleichsweise höhere Depressivität in der Selbst-, jedoch nicht in der Fremdbeurteilung bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Sie nehmen an, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine höhere Depressionsschwere in der Selbstbeurteilung aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, da „Instrumente zur Depressionsdiagnostik zum Teil [...] mit Persönlichkeitsmerkmalen konfundiert sind und diese Skalen damit auch mit einem gewissen Varianzanteil Persönlichkeit erfassen. Dies ist besonders bei Selbstbeurteilungsinstrumenten der Fall“ (Kronmüller & Mundt, 2006, S. 865). In diesem Zusammenhang stellen auch Victor et al. (2006) fest, dass bisherige Studien regelhaft hohe Korrelationen zwischen den Werten im BDI und Persönlichkeitsmerkmalen gezeigt haben. Diese Befunde führen nach Victor et al. (2006) zur Kritik am BDI, da mit dem BDI nicht nur das Ausmaß der Depressivität, sondern auch Persönlichkeitsmerkmale erfasst werden. Für Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen weisen auch Kelly, Nur und Casey (2009) sowie Viinamäki et al. (2003) auf das Problem der Konfundierung der Erfassung der Depressivität mit Persönlichkeitsmerkmalen hin. „Unlike their nonpersonality-disordered counterparts, some Cluster C PD [personality disorder] patients may experience depressotypic attitudes even while less depressed, which may affect the results of [...] BDI und SCL-90 GSI-scores“¹⁶ (Viinamäki et al., 2003, S. 348).

Zusammenfassend kann daher davon ausgegangen werden, dass anhand des BDI und des BSI nicht nur Merkmale akuter Symptomstörungen, sondern auch Aspekte von Persönlichkeitsstörungen erfasst werden. Sowohl im BDI als auch im BSI gibt es Items, die auch bei der Diagnostik verschiedener Persönlichkeitsstörungen eine Rolle spielen, wie zum Beispiel die Erfassung von Selbstmordgedanken, von Misstrauen und paranoidem Denken, von Minderwertigkeitsgefühlen oder Entscheidungsschwierigkeiten. Dies

¹⁶ „Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen weisen im Gegensatz zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen möglicherweise depressionstypische Einstellungen auf, auch wenn sie weniger depressiv sind. Dies könnte die Werte [...] im BSI und im GSI-Score des SCL-90 beeinflussen“ (Übers. v. Verf.).

kann möglicherweise zu den höheren BDI- und BSI-GSI-Werten der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - zu Behandlungsbeginn beigetragen haben.

Die Annahme, dass die Erfassung der Depressivität anhand des BDI stärker mit Persönlichkeitsmerkmalen konfundiert ist als die Erhebung der depressiven Symptomatik anhand der HAMD, wird auch durch die Unterschiedlichkeit der Symptome, die mit den beiden Inventare erhoben werden, unterstützt. Die HAMD erfasst schwerpunktmäßig somatische und physiologische Symptome der Depression. Im BDI hingegen liegt der Schwerpunkt auf der Erhebung kognitiver Depressionssymptome wie Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle, Versagensängste sowie Entscheidungsunfähigkeit (Steer, Beck, Riskind & Brown, 1987). Es kann vermutet werden, dass die Bewertung kognitiver Symptome der Depression eher mit den dysfunktionalen Grundannahmen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen konfundiert ist als die Beurteilung körperlicher Depressionssymptome. Dies könnte neben dem Aspekt der Beurteilungsperspektive zur Erklärung des Befundes einer - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - stärkeren Depressivität in der Selbstbeurteilung (BDI), jedoch nicht in der Fremdbeurteilung (HAMD₁₇) in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen zu Behandlungsbeginn beigetragen haben.

Bei der Interpretation der vergleichsweise stärkeren psychischen Gesamtbelastung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu Behandlungsbeginn muss neben der Annahme, dass mit dem BSI auch Merkmale von Persönlichkeitsstörungen erfasst werden, weiterhin beachtet werden, dass mit dem BSI die Belastung durch Symptome verschiedener psychischer Störungen erfragt wird (Franke, 2000). In der vorliegenden Untersuchung wiesen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen tendenziell ($p < .10$) häufiger komorbide Achse I Störungen auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Daher kann vermutet werden, dass die höhere psychische Gesamtbelastung in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen auch mit ihrer höheren Rate komorbider Symptommstörungen in Zusammenhang steht.

Zusätzliche zur Hauptfragestellung durchgeführte Analysen zeigten jedoch, dass bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die neben der depressiven Primärdiagnose weitere Achse I Störungen aufwiesen, die psychische Gesamtbelastung zu Behandlungsbeginn nicht stärker ausgeprägt war als bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die keine komorbiden Symptommstörungen hatten (BSI-BSI t_1 : Interaktionseffekt „Persönlichkeitsstörung x Achse I Störung“: $F(1; 164) = 0.23$, $p = .63$, $\eta^2 = .001$). Dieser explorative Befund gibt Hinweise darauf, dass die - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - stärker ausgeprägte psychische Gesamtbelastung zu Behandlungsbeginn in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen nicht allein auf ihre höhere Rate komorbider Achse I Störungen zurückgeführt werden kann.

Hinsichtlich der körperlichen (KSF12) und psychischen (PSF12) gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte zu Beginn des stationären Aufenthaltes kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen festgestellt werden (Cohens $d_{\text{PSF12}} = .21$, $d_{\text{KSF12}} = .03$). Wie kann nun erklärt werden, dass es - im Gegensatz zu den Selbstbeurteilungsinventaren BDI, BSI, ADS und DAS - im Gesundheitsfragebogen SF12 keinen Unterschied im Ausmaß der Beeinträchtigung zwischen den beiden Patientengruppen gab? Die Skala *Körperliche Gesundheit* des SF12 erfasst das Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung bei körperlichen Tätigkeiten wie Staubsaugen und Treppensteigen sowie das Ausmaß der Einschränkung durch Schmerzen bei Alltagstätigkeiten. Die Skala *Psychische Gesundheit* des SF12 misst die Stärke der Funktionsbeeinträchtigung bei alltäglichen Tätigkeiten durch seelische Probleme sowie Aspekte des psychischen Wohlbefindens und der Vitalität (Bullinger & Kirchberger, 1998). Es kann vermutet werden, dass beide Faktoren weniger mit der Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen konfundiert sind als das BDI, das BSI, die ADS und die DAS, weil sie weniger innerpsychische Zustände, sondern vielmehr Einschränkungen der Alltagsfunktionen einerseits durch körperliche und andererseits durch seelische Probleme erfassen, so dass anhand des Gesundheitsfragebogens SF12 keine Unterschiede in der Beeinträchtigung zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen zu Behandlungsbeginn gezeigt werden konnten.

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die Selbstbeurteilungsinventare BDI und BSI (sowie auch ADS und DAS) weniger geeignet zu sein scheinen, um das Vorliegen möglicher Unterschiede in der **akuten Psychopathologie** zwischen depressiv erkrankten Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen zu überprüfen, da sie zum Teil auch lang andauernde maladaptive Persönlichkeitsmerkmale erfassen. Wenn der Fokus auf der Erfassung der akuten Psychopathologie und ihrer Veränderung (symptomorientierter Behandlungserfolg) liegt, sollten daher in zukünftigen Forschungsprojekten vor allem Fremdbeurteilungsinventare wie die HAMD, die GAF oder die CGI verwendet werden. Zur Erfassung der subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigung - auch im Zusammenhang mit dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen - sind Selbstbeurteilungsinventare jedoch geeignet. Zusammenfassend ist es bei der Beurteilung des symptomorientierten Behandlungserfolgs jedoch in jedem Fall wichtig, zu berücksichtigen, inwieweit eine Konfundierung der Erfassung der akuten Symptomatik mit Merkmalen von Persönlichkeitsstörungen vorliegt.

4.4 Der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen mindestens einer Persönlichkeitsstörung und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Überprüfung der aufgestellten Hypothesen zu Unterschieden im Behandlungserfolg zwischen depressiv erkrankten Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen diskutiert.

4.4.1 Kurzfristiger Behandlungserfolg

Symptomabnahme vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Hypothese überprüft, dass sowohl Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen im Rahmen des stationären Aufenthaltes eine bedeutsame Symptomreduktion erreichen. Erwartungskonform wiesen beide Patientengruppen nach der stationären Depressionsbehandlung - im Vergleich zu Behandlungsbeginn - eine signifikante Reduktion ihrer Depressivität ($HAMD_{17}$, BDI) und psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI) sowie eine bedeutsame Zunahme ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF12) auf. Die Stärke der Symptomabnahme war in beiden Gruppen vergleichbar. Dies unterstützt Befunde verschiedener Studien (u.a. Greenberg et al., 1995; Mulder et al., 2003; Pfohl et al., 1987; Schiavone et al., 2006), die zeigen, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen genauso gut von einer Depressionsbehandlung profitieren wie Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Die Effektstärke d für Messwiederholung betrug im BDI sowohl für Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen $d_{BDI} = 1.4$. Dies stimmt mit Effektstärken überein, die in Studien von Härter et al. (2004; $d_{BDI} = 1.5$) sowie Hautzinger, deJong-Meyer, Treiber, Rudolf und Thien (1996; $d_{BDI} = 1.8$) für die Abnahme der Depressivität bei Patienten mit depressiven Störungen berichtet werden, wobei eine Effektstärke $d > .80$ auf eine große Veränderung hinweist (Gerdes et al., 2000, zitiert nach Härter et al., 2004). Die Effektstärke für die Abnahme der Depressivität erfasst anhand der $HAMD_{17}$ betrug in der vorliegenden Untersuchung sowohl für Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen $d_{HAMD} = 3.1$ und war damit höher als in den oben genannten Studien von Härter et al. (2004; $d_{HAMD} = 2.3$) und Hautzinger et al. (1996; $d_{HAMD} = 2.2$). Eine Erklärungsmöglichkeit hierfür ist, dass die Fremdbeurteilung der Depressivität anhand der $HAMD_{17}$ von der leitenden Psychologin der Klinik durchgeführt wurde, deren Interesse an einem positiven Ergebnis bezüglich der Wirksamkeit der Depressionsbehandlung in den Kliniken im TWW möglicherweise Niederschlag in der vergleichsweise hohen Effektstärke für die Abnahme der Depressivität in der $HAMD_{17}$ gefunden hat. Auf den Aspekt eines Bias aufgrund nicht „verblindeter“ Rater wird bei der Diskussion der Limitationen dieser Studie (Kapitel 4.11.6, S. 167 f.) detailliert eingegangen.

Über dies hinaus wird bei dem Vergleich der Effektstärken sowohl in der vorliegenden Untersuchung als auch in den Studien von Härter et al. (2004) sowie Hautzinger et

al. (1996) deutlich, dass die Abnahme der Depressivität in der Fremdbeurteilung stärker war als in der Selbstbeurteilung. Außerdem waren in der vorliegenden Untersuchung auch in den Selbstbeurteilungsinventaren BSI und SF12 die Effektstärken ($d = .45 - 1.8$) geringer als in der HAMD₁₇. Dies stimmt mit Befunden einer Metaanalyse von Lambert et al. (1986, zitiert nach Stieglitz & Ahrens, 1994) überein, die darauf hinweisen, dass die Veränderungssensitivität von Fremdbeurteilungsinventaren größer ist als die von Selbstbeurteilungsverfahren.

In der vorliegenden Untersuchung zeigte sich außerdem, dass die Zunahme der körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowohl in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen ($d_{\text{KSF12}} = .59$) als auch in der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen ($d_{\text{KSF12}} = .45$) deutlich geringer war als die Zunahme der psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (ohne Persönlichkeitsstörungen: $d_{\text{PSF12}} = 1.8$, mit Persönlichkeitsstörungen: $d_{\text{PSF12}} = 1.3$). Eine Erklärungsmöglichkeit hierfür ist, dass die Mittelwerte im KSF12 in den Patientengruppen ohne ($M = 41.0 \pm 10.6$) und mit ($M = 39.7 \pm 11.7$) Persönlichkeitsstörungen bereits zu Behandlungsbeginn wenig mehr als eine Standardabweichung unterhalb des KSF12-Mittelwertes einer Normstichprobe gesunder Erwachsener ($M = 49.0 \pm 9.4$; Bullinger & Kirchberger, 1998) lagen. Die Patienten konnten demnach hinsichtlich ihrer körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu Behandlungsbeginn nicht als klinisch beeinträchtigt angesehen werden. Demzufolge zeigte sich - im Vergleich zur psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität - eine geringere Verbesserung vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt.

Zusammenfassend konnte in der vorliegenden Untersuchung die Hypothese bestätigt werden, dass sowohl Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen von einer stationären Depressionsbehandlung profitieren und eine bedeutsame Reduktion ihrer Depressivität und psychischen Gesamtbelastung sowie eine signifikante Zunahme ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität erreichen. Damit kann die stationäre Behandlung in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie in den Kliniken im TWW sowohl für depressiv erkrankte Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen als wirksam beurteilt werden.

Symptomausprägung zum Entlassungszeitpunkt

Es wurde die Hypothese überprüft, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen am Ende der stationären Behandlung eine stärkere Symptomausprägung sowie geringere Raten klinisch bedeutsamer Verbesserungen und geringere Recoveryraten aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Erwartungskonträr gab es nach Abschluss der stationären Behandlung in der **Fremdbeurteilung** der Depressivität keinen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen (Cohens $d_{\text{HAMD}} = .09$). Auch Kool et al. (2005) kommen in ihrer Metaanalyse zu dem Schluss, dass sich depressiv erkrankte Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen nach erfolgter Behandlung hinsichtlich

ihrer fremdbeurteilten Depressivität nicht voneinander unterscheiden. Studien von Brieger et al. (2002) und Russel et al. (2003) konnten über dies hinaus zeigen, dass es nach der Depressionsbehandlung auch in der Fremdbeurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus und des globalen Schweregrades der Erkrankung keinen Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gibt. In Übereinstimmung mit den Befunden der beiden Studien konnte auch in der vorliegenden Untersuchung in zusätzlich zur Hauptfragestellung durchgeführten Analysen kein bedeutsamer Unterschied hinsichtlich der Fremdbeurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus (GAF) und des Schweregrades der Störung (CGI) nach Behandlungsende zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen festgestellt werden (statistische Kennwerte siehe Tabelle 0.9 im Anhang C, S. 213).

Im Gegensatz zur Fremdbeurteilung der Symptomatik wiesen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen jedoch nach Abschluss der Behandlung tendenziell ($p < .10$) eine stärkere Depressivität in der **Selbstbeurteilung** (BDI) auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Diese stand mit ihrer vergleichsweise höheren Symptombelastung zu Behandlungsbeginn in Zusammenhang. Das stimmt mit Befunden von Ball et al. (2000), Hardy et al. (1995), Schmitz et al. (1996) und van den Hout et al. (2006) überein, die zeigen konnten, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen die Behandlung mit stärkerer Depressivität in der Selbstbeurteilung beginnen und beenden als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Die Effektstärke Cohens $d_{BDI} = .31$ weist jedoch darauf hin, dass der Unterschied in der selbstbeurteilten Depressivität zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen nach Behandlungsende lediglich gering war. Außerdem lag die Depressionsschwere in beiden Patientengruppen entsprechend der Kriterien von Beck et al. (1988) nach der stationären Behandlung im Bereich milder Depressionen, und es gab keinen Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit klinisch bedeutsamer Verbesserungen sowie der Recoveryrate ($BDI < 11$) zwischen den beiden Patientengruppen.

Zusammenfassend kann daher der Schluss gezogen werden, dass es erwartungskonträr am Ende der stationären Behandlung weder in der Fremd- noch in der Selbstbeurteilung der Depressivität einen klinisch bedeutsamen Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen gab.

Entsprechend der Hypothese konnte jedoch gezeigt werden, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nach Abschluss der stationären Behandlung eine signifikant stärker ausgeprägte **psychische Gesamtbelastung** aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Die Effektstärke Cohens $d_{BSI-GSI} = .44$ weist hierbei auf einen kleinen bis moderaten Unterschied hin. Weiterhin konnten vergleichsweise weniger Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu Behandlungsende als „geheilt“ gelten ($T_{BSI-GSI} < 63$). Wie bei der Selbstbeurteilung der Depressivität (BDI) stand auch die höhere psychische Gesamtbelastung in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen nach Abschluss

der stationären Behandlung mit ihrer bereits zu Behandlungsbeginn höheren psychischen Gesamtbelastung in Zusammenhang.

Wie in Kapitel 4.3 (S. 125 ff.) erläutert, erfassen einige Items der Selbstbeurteilungsinventare BDI und BSI nicht nur akute Symptome von Achse I Störungen, sondern auch Merkmale von Persönlichkeitsstörungen. Im Rahmen der akutpsychiatrischen Behandlung in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Kliniken im TWW steht entsprechend der Nationalen Versorgungsleitlinie für unipolare Depressionen (DGPPN, 2009b) die Behandlung der depressiven Erkrankung und nicht der komorbiden Persönlichkeitsstörungen im Vordergrund. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die maladaptiven Erlebens- und Verhaltensweisen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nach Behandlungsende zumindest teilweise fortbestehen. Daher kann vermutet werden, dass die vergleichsweise stärker ausgeprägte psychische Gesamtbelastung und Depressivität (BDI) in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen nach Behandlungsende ihr vor der depressiven Episode bestehendes „normales“ Maß an psychischer Gesamtbelastung und depressionstypischen Merkmalen widerspiegelt.

Vergleichbare Befunde wie für die Depressivität (BDI) sowie die psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) konnten in zusätzlich zur Hauptfragestellung durchgeführten Analysen auch für die Selbstbeurteilung der Depressivität anhand der ADS sowie die Selbstbeurteilung dysfunktionaler Einstellungen (DAS) gezeigt werden (statistische Kennwerte siehe Tabelle 0.9 im Anhang C, S. 213).

Bezüglich der **körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität** (KSF12) konnte entgegen der Hypothese kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen am Ende des Klinikaufenthaltes beobachtet werden. Hingegen hatten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zum Entlassungszeitpunkt tendenziell ($p < .10$) eine geringere **psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität** als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, wobei die Effektstärke Cohens $d_{\text{PSF12}} = .35$ lediglich auf einen geringen Unterschied hinweist. Außerdem unterschieden sich Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Häufigkeit klinisch bedeutsamer Verbesserungen im PSF12 nicht signifikant voneinander. Demnach gab es erwartungskonträr nach der Depressionsbehandlung keinen klinisch bedeutsamen Unterschied zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Das stimmt mit Befunden von Russell et al. (2003) überein, die nach Behandlungsende auch keinen Unterschied im SF36 (Langform des SF12; Bullinger & Kirchberger, 1998) zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen zeigen konnten.

Zusammengefasst weisen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung entgegen der Hypothese darauf hin, dass sich Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Depressivität, dem Primärkriterium für den Behandlungserfolg, sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach dem stationären Aufenthalt nicht bedeut-

sam voneinander unterscheiden. Hinsichtlich der psychischen Gesamtbelastung zeigte sich hingegen, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nach erfolgter Behandlung vergleichsweise seltener als „geheilt“ (Erreichen des Recoverykriteriums) gelten konnten, was im Zusammenhang mit ihrer stärker ausgeprägten psychischen Gesamtbelastung zu Behandlungsbeginn stand. Verschiedene Wissenschaftler (Greenberg et al., 1995; Hardy et al., 1995; Reich & Green, 1991; van den Hout et al., 2006) haben bereits darauf hingewiesen, dass die - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - höhere Symptombelastung in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen zum Ende einer Behandlung auf ihre stärker ausgeprägte Symptomatik zu Behandlungsbeginn zurückgeführt werden kann. Daher sollte in der weiteren Forschung zum Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen die Kontrolle von Unterschieden zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich störungs- und behandlungsrelevanter Merkmale wie der Symptomschwere zu Behandlungsbeginn stärker als bisher Beachtung finden.

4.4.2 Längerfristiger Behandlungserfolg

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Hypothesen untersucht, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (1) eine stärkere Symptomzunahme und häufiger depressive Episoden im Katamneseintervall sowie (2) eine höhere Symptomschwere und geringere Recoveryraten ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Die Hypothesen konnten dahingehend bestätigt werden, dass Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen ihren Behandlungserfolg ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt aufrechterhalten konnten. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen hingegen zeigten vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt eine signifikante Zunahme ihrer Depressivität (HAMD₁₇, BDI) und psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI) sowie eine signifikante Abnahme ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF12). Die Effektstärken d für Messwiederholung ($d = .28 - .42$) weisen hierbei jedoch lediglich auf eine leichte Verschlechterung hin. Weiterhin erfüllten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen - in Übereinstimmung mit Befunden von Ilardi et al. (1992) - im ersten Jahr nach der stationären Behandlung häufiger mindestens einmal die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (51 % vs. 34 %).

Trotz der Symptomverschlechterung und dem häufigeren Vorliegen depressiver Episoden suchten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im ersten poststationären Jahr nicht häufiger erneut stationäre Hilfe auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Ein möglicher Erklärungsansatz hierfür ist, dass sie nach dem stationären Aufenthalt häufiger an eine psychiatrische Institutsambulanz (meist in den Kliniken im TWW) angebunden waren als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Ein wesentliches Ziel der Behandlung in der psychiatrischen Institutsambulanz der Kliniken im TWW ist es, bei Symptomexazerbation durch rechtzeitige ambulante Interventionen eine stationäre Be-

handlung zu verhindern (S. Hoffmann [Leitende Psychologin der Kliniken im TWW], persönl. Mitteilung, 26.09.2011).

Beim Vergleich der Symptomschwere von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt zeigte sich erwartungskonform, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine signifikant stärkere Depressivität und psychische Gesamtbelastung sowie eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Die Effektstärken Cohens d weisen hierbei auf moderate bis starke Unterschiede hin ($d_{\text{KSF12}} = .48$ bis $d_{\text{BSI-GSI}} = .77$). Entsprechend der Kriterien für das BDI von Beck et al. (1988) wiesen Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt im Mittel eine milde, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine mäßig starke Depression auf.

Das Ergebnis einer vergleichsweise stärkeren Symptomausprägung ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen stimmt mit dem Befund von Klein et al. (2008) überein, dass das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen eine erhöhte Depressivität zum Follow-up-Zeitpunkt vorhersagt. Andererseits konnte in einer Studie von Schmitz et al. (1996) acht Monate nach einer multiprofessionellen stationären Behandlung kein bedeutsamer Unterschied zwischen Patienten mit (vorwiegend Cluster C) Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Depressivität (BDI) festgestellt werden.

Weiterhin konnte in der vorliegenden Studie erwartungskonform gezeigt werden, dass ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt nur etwa halb so viele Patienten mit Persönlichkeitsstörungen das Recoverykriterium bezüglich der Depressivität ($\text{HAMD}_{17} < 8$, $\text{BDI} < 11$) und der psychischen Gesamtbelastung ($T_{\text{BSI-GSI}} < 63$) erreichten wie Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Dieses Ergebnis stimmt mit Befunden aus Studien von Parker, Wilhelm, Mitchell und Gladstone (2000) sowie Viinamäki et al. (2006) überein. Auch sie stellten in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen zum Katamnesezeitpunkt geringere Recoveryraten fest als in der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen.

Shea et al. (1992) nimmt an, dass der - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - ungünstigere Krankheitsverlauf von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (1) mit dem kontinuierlich negativen Einfluss ihrer Verhaltensprobleme auf ihre Lebensumstände, vor allem auf interpersonelle Beziehungen und (2) mit ihrer vergleichsweise geringeren Fähigkeit und Bereitschaft zur Therapiecompliance in Zusammenhang steht. Die Annahme, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eine geringere Therapiecompliance aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, ist jedoch empirisch nicht eindeutig belegt. Studienergebnisse von Matas et al. (1992) unterstützen zwar diese Annahme. Befunde von Centorrino et al. (2001) sowie Kelly et al. (2007) weisen hingegen darauf hin, dass das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen nicht mit einer geringeren Therapiecompliance im Zusammenhang steht. Nach Tyrer et

al. (2003) können Persönlichkeitsstörungen in zwei Kategorien eingeteilt werden: „Type R“ (*treatment rejecting*) und „Type S“ (*treatment seeking*), wobei Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen in die Gruppe der „Therapiesuchenden“ und Patienten mit paranoider oder schizoider Persönlichkeitsstörung in die Gruppe der „Therapiezurückweisenden“ eingeordnet werden können.

Die Frage, ob eine geringere Therapiecompliance der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit der Zunahme ihrer Symptomatik ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt im Zusammenhang steht, konnte in der vorliegenden Studie nicht überprüft werden, da keine Daten zur Therapiecompliance erhoben wurden. Ein Hinweis darauf, dass fehlende Therapiecompliance vermutlich nicht als erklärender Faktor für den vergleichsweise ungünstigeren längerfristigen Behandlungserfolg in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen herangezogen werden kann, ist, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im ersten Jahr nach dem stationären Aufenthalt nicht seltener einzels psychotherapeutische und psychiatrische Hilfe in Anspruch nahmen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Außerdem waren sie sogar häufiger an eine psychiatrische Institutsambulanz angebunden und nahmen häufiger an gruppentherapeutischen Angeboten teil als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Weiterhin nehmen Shea et al. (1992) an, dass sich Personen mit Persönlichkeitsstörungen generell durch ein geringeres Funktionsniveau auszeichnen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, welches durch mehr Symptome und Beeinträchtigungen gekennzeichnet ist und auf das sie nach der Akutbehandlung der depressiven Störung zurückkehren. In der vorliegenden Studie war dies gekennzeichnet durch eine signifikant höhere psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) und eine tendenziell ($p < .10$) höhere Depressivität im BDI. Es kann vermutet werden, dass diese höhere Symptombelastung mit einem vergleichsweise höheren Stresslevel in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen einhergeht. Im Rahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Modells psychischer Störungen (Wittchen & Hoyer, 2006) kann ein akuter Stressor (z.B. Eskalation zwischenmenschlicher Konflikte, Arbeitsplatzverlust) vor dem Hintergrund des höheren chronischen Stresslevels von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bei ihnen schneller zum Erreichen der Dekompensationsschwelle und zum Wiederauftreten depressiver Symptome führen als bei Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Dies könnte zur Erklärung beitragen, weshalb Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in der vorliegenden Untersuchung im ersten poststationären Jahr häufiger die Kriterien für eine depressive Episode erfüllten und zum Katamnesezeitpunkt eine höhere Symptomatik aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Ein weiterer Faktor, der mit dem vergleichsweise ungünstigeren Krankheitsverlauf von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im ersten Jahr nach dem stationären Aufenthalt in Zusammenhang stehen könnte, sind ihre interpersonellen Schwierigkeiten. Studienbefunde bestätigen, dass (1) Beeinträchtigungen der sozialen und interpersonellen Funktionsfähigkeit prädiktiv für die Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver

Störungen sind (Joiner & Coyner, 1999) und (2) depressiv erkrankte Personen mit Persönlichkeitsstörungen eine geringere Funktionsfähigkeit aufweisen als depressiv Erkrankte ohne komorbide Persönlichkeitsstörungen (Skodol, Grilo et al., 2005). Ilardi und Craighead (1999) integrieren diese Befunde und postulieren, dass das stärkere Stresserleben aufgrund des dysfunktionalen Beziehungsverhaltens und der emotionalen Dysregulation bei Menschen mit Persönlichkeitsstörungen mit einem - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - häufigeren Auftreten depressiver Episoden einhergeht. Diese Annahme konnte von Daley et al. (1998) bestätigt werden. Sie konnten zeigen, dass der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Cluster A und B Persönlichkeitsstörungen und einer höheren Depressionsschwere über ein erhöhtes Maß an chronischem interpersonellen Stress in dieser Patientengruppe vermittelt wird.

Zusammenfassend zeigte sich, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen - im Gegensatz zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - ihren Behandlungserfolg ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt nicht aufrechterhalten konnten. Es muss jedoch auch beachtet werden, dass ihre Symptomverschlechterung im ersten poststationären Jahr lediglich gering war (Effektstärke für Messwiederholung $d = .28 - .42$). Über dies hinaus ist die empirische Befundlage zum Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen und dem längerfristigen Behandlungserfolg bei depressiven Erkrankungen heterogen. Daher kann zum jetzigen Zeitpunkt keine gesicherte Aussage darüber gemacht werden, ob das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen ein stabiler Prädiktor für einen ungünstigeren Krankheitsverlauf bei Patienten mit unipolaren Depressionen ist.

4.5 Der Zusammenhang spezifischer Persönlichkeitsstörungen mit dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen

Verschiedene Wissenschaftler (u.a. Greenberg et al., 1995; Ogrodniczuk et al., 2001; Shea, 1996) kritisieren Untersuchungsansätze, bei denen lediglich unterschieden wird, ob mindestens eine Persönlichkeitsstörung vorliegt oder nicht, da hierbei die Unterschiedlichkeit der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen unbeachtet bleibt. Ihrer Forderung nach einer differenzierten Betrachtungsweise entsprechend, wurde in der vorliegenden Studie auch dem Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von ausschließlich Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und dem Erfolg der Depressionsbehandlung nachgegangen. Die Untersuchung des Behandlungserfolgs bei depressiv Erkrankten mit ausschließlich Cluster A Persönlichkeitsstörungen war nicht möglich, da nur bei fünf Patienten ausschließlich Persönlichkeitsstörungen dieses Clusters diagnostiziert wurden.

Im Folgenden wird bei der Interpretation der Befunde aufgrund der geringen Stichprobenumfänge der Patientengruppen mit spezifischen Persönlichkeitsstörungen auch auf Unterschiede im Behandlungserfolg hingewiesen, die zwar nicht statistisch abgesichert werden konnten, bei denen die Effektstärken jedoch auf eine mindestens modera-

te Veränderung der Symptomatik (Effektstärke für Messwiederholung $d > .40$) bzw. auf einen mindestens moderaten Unterschied in der Symptomschwere zwischen den Patientengruppen (Cohens $d \geq .50$) hinweisen.

4.5.1 Cluster B Persönlichkeitsstörungen

Es konnte die Hypothese bestätigt werden, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen¹⁷ vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt eine bedeutsame Symptomabnahme erreichen ($d_{BDI} = 1.3$, $d_{HAMD} = 2.7$, $d_{BSI-GSI} = 2.0$). Die Ergebnisse stimmen mit Befunden von Ball et al. (2000) sowie Gude und Vaglum (2001) überein und weisen darauf hin, dass diese Patienten genauso von einer Depressionsbehandlung profitieren wie Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Der Vergleich der Effektstärken d für Messwiederholung macht außerdem deutlich, dass die Abnahme der psychischen Gesamtbelastung in der Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen sogar stärker war als in der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen ($d_{BSI-GSI} = 2.0$ vs. $d_{BSI-GSI} = 1.4$). Als mögliche Erklärung für die vergleichsweise stärkere Abnahme der psychischen Gesamtbelastung in der Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen kann in Betracht gezogen werden, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen stationär tendenziell ($p < .10$) häufiger kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzelgespräche erhielten als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (58 % vs. 31 %). Befunde von Bellino, Zizza, Rinaldi und Bogetto (2006) sowie Kool, Dekker, Duijsens, de Jonghe und Puite (2003) weisen darauf hin, dass eine kombinierte Behandlung aus Pharmako- und Psychotherapie bei der Behandlung von Patienten mit Depression und Persönlichkeitsstörungen effektiver ist als Pharmakotherapie allein.

Als weiterer Erklärungsansatz kann die psychopharmakologische Behandelbarkeit von Symptomen der Cluster B Persönlichkeitsstörungen herangezogen werden. In den Behandlungsleitlinien für Persönlichkeitsstörungen (DGPPN, 2009a) wird darauf hingewiesen, dass Symptome der Cluster B Persönlichkeitsstörungen wie emotionale Instabilität, Impulsivität, unkontrollierbare Wut und feindselige Affekte durch Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI), atypische Neuroleptika und Stimmungsstabilisierer (z.B. Lithium, Valproat) reduziert werden können (Einsatz meist „off-label“). In der vorliegenden Studie wurden 83 % der Patienten mit ausschließlich Cluster B Persönlichkeitsstörungen mit SSRIs, atypischen Neuroleptika und/oder Stimmungsstabilisierern behandelt. Wenn angenommen wird, dass (1) die höhere psychische Gesamtbelastung (BSI-GSI) in der Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen zu Behandlungsbeginn damit in Zusammenhang steht, dass anhand des BSI auch Beeinträchti-

¹⁷ In der Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen hatten vier Patienten ausschließlich eine narzisstische, jeweils drei Patienten ausschließlich eine histrionische bzw. Borderline, ein Patient ausschließlich eine antisoziale und ein Patient sowohl eine histrionische als auch eine Borderline Persönlichkeitsstörung.

gungen durch Emotionsinstabilität, Wut, Ärger und Impulsivität erfasst werden und (2) diese Symptome durch SSRIs, atypische Neuroleptika und Stimmungsstabilisierer reduziert werden können, kann daraus eine mögliche Erklärung für die - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - stärkere Abnahme der psychischen Gesamtbelastung in der Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen abgeleitet werden.

Als Alternativerklärung weisen Schiavone et al. (2006) darauf hin, dass bei stärkerer Ausgangssymptomatik der Spielraum der Symptomabnahme größer ist, wodurch es zu einer stärkeren Abnahme der Symptomatik kommen kann. Bei der Interpretation des Befundes einer stärkeren Abnahme der psychischen Gesamtbelastung in der Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen als in der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen ist jedoch Vorsicht geboten, da der Unterschied statistisch nicht abgesichert werden konnte.

Weiterhin wurde die Hypothese überprüft, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen nach Abschluss der stationären Behandlung eine höhere Symptomschwere und geringere Recoveryraten aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Erwartungskonträr konnte hinsichtlich der Stärke der Depressivität sowie der psychischen Gesamtbelastung zum Behandlungsende kein bedeutsamer Unterschied zwischen Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen festgestellt werden. In Übereinstimmung mit diesem Befund beobachteten auch Sato et al. (1994) für Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen nach einer Depressionsbehandlung einen mit Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen vergleichbaren Behandlungserfolg. Im Gegensatz dazu war bei depressiv erkrankten Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen die Rate „geheilter“ Patienten ($BDI < 11$) in einer Studie von Ball et al. (2000) geringer als in der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen.

Weiterhin wurden die Hypothesen untersucht, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen (1) eine stärkere Symptomzunahme im ersten poststationären Jahr sowie (2) eine stärkere Symptomschwere und geringere Recoveryraten ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Es konnte zwar kein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Stärke der Symptomveränderung im ersten Jahr nach der stationären Behandlung gezeigt werden. Die Effektstärken d für Messwiederholung weisen jedoch auf eine moderate Zunahme der psychischen Gesamtbelastung ($d_{BSI-GSI} = .68$) und der Depressivität ($d_{HAMD} = .50$) in der Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen hin. Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen zeigten hingegen keine bedeutsame Zunahme ihrer Symptomatik. Damit im Zusammenhang stand auch eine signifikant stärkere Symptombelastung in der Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen als in der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt (Cohens $d_{BSI-GSI} =$

.66, $d_{\text{HAMD}} = .79$). In Übereinstimmung mit Befunden von Ball et al. (2000) spiegelte sich dies auch in geringeren Recoveryraten bezüglich der Depressivität in der Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen zum Katamnesezeitpunkt - im Vergleich zur Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen - wider.

Als möglicher Erklärungsansatz dafür, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen ihren Behandlungserfolg ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt nicht aufrechterhalten konnten, kann der Befund von Moran und Mann (2002) herangezogen werden, dass Personen mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen häufiger multiple kritische und stressreiche Lebensereignisse wie finanzielle Krisen, schwere Krankheiten oder Überfälle erleben als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, die wiederum mit dem Auftreten von Depressionen in Zusammenhang stehen (Bessdo & Wittchen, 2006).

Außerdem wiesen Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen in der vorliegenden Studie tendenziell ($p < .10$) häufiger komorbide Achse I Störungen auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (58 % v. 31 %). Nach Rush et al. (2005) geht das Vorliegen komorbider Achse I Störungen bei Patienten mit depressiven Erkrankungen mit einem ungünstigeren längerfristigen Krankheitsverlauf einher. In der vorliegenden Studie konnte jedoch gezeigt werden, dass das Vorliegen von Cluster B Persönlichkeitsstörungen unabhängig von der Diagnose komorbider Achse I Störungen eine höhere Symptomschwere ein Jahr nach der stationären Behandlung vorhersagte.

Zusammenfassend geben die Studienbefunde Hinweise darauf, dass Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen zwar von einer stationären Depressionsbehandlung profitieren. Sie können jedoch - im Gegensatz zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt ihren Behandlungserfolg nicht aufrechterhalten.

4.5.2 Cluster C Persönlichkeitsstörungen

Es wurden die Hypothesen untersucht, dass Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen (1) im Rahmen des stationären Aufenthaltes eine bedeutsame Symptomreduktion erreichen sowie (2) nach Abschluss der Behandlung eine höhere Symptomschwere und geringere Recoveryraten, (3) im ersten poststationären Jahr eine stärkere Symptomzunahme und (4) ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt eine höhere Symptomschwere und geringere Recoveryraten aufweisen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

In dieser Arbeit wurde bei der Untersuchung von Patienten mit Cluster C Persönlichkeitsstörungen zwischen Patienten mit ausschließlich vermeidend-selbstunsicherer und/oder dependenter Persönlichkeitsstörung und Patienten mit ausschließlich zwanghafter Persönlichkeitsstörung unterschieden. Grundlage hierfür war, dass die Befundlage zwar dahingehend konsistent ist, dass die vermeidend-selbstunsichere und die dependente Persönlichkeitsstörung demselben Cluster angehören. Die Ergebnisse bezüglich der zwanghaften Persönlichkeitsstörung hingegen sind widersprüchlich (Emmel-

kamp & Kamphuis, 2007). Saß et al. (1995) zum Beispiel konnten anhand statistischer Analysen der Ähnlichkeitsbeziehungen der im DSM-IV gelisteten Persönlichkeitsstörungen zeigen, dass sich die zwanghafte Persönlichkeitsstörung eher dem Cluster A zuordnen lässt. Auch Fossati et al. (2000) stellten fest, dass der zwanghaften Persönlichkeitsstörung einerseits sowie der vermeidend-selbstunsicheren und der dependenten Persönlichkeitsstörung andererseits unterschiedliche Faktoren zugrunde liegen. Es gibt jedoch auch Befunde, die die bestehende Clusterstruktur bestätigen (Fossati et al., 2006; Rodebaugh et al., 2005).

Vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente Persönlichkeitsstörung

Erwartungsgemäß wiesen Patienten mit ausschließlich vermeidend-selbstunsicherer und/oder dependenter Persönlichkeitsstörung¹⁸ vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt eine signifikante Symptomreduktion auf ($d_{\text{HAMD}} = 2.4$, $d_{\text{BDI}} = .89$, $d_{\text{BSI-GSI}} = 1.0$). Ein Vergleich der Effektstärken d für Messwiederholung zeigt jedoch, dass die Abnahme der Depressivität im BDI bei ihnen geringer war als bei Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen ($d_{\text{BDI}} = .89$ vs. $d_{\text{BDI}} = 1.41$). Darüber hinaus konnten tendenziell ($p < .10$) weniger Patienten mit selbstunsicherer/dependenter Persönlichkeitsstörung nach Abschluss der stationären Behandlung hinsichtlich der psychischen Gesamtbelastung als „geheilt“ gelten ($T_{\text{BSI-GSI}} < 63$; 35 % vs. 66 %).

Der Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit Befunden aus anderen Untersuchungen ist nur begrenzt möglich, da die meisten Studien den Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Cluster C Persönlichkeitsstörungen insgesamt, das heißt einschließlich der zwanghaften Persönlichkeitsstörung, und dem Behandlungserfolg bei depressiven Erkrankungen untersucht haben (z.B. Ball et al., 2000; Gude & Vaglum, 2001; Hardy et al., 1995). Im Gegensatz zu den Ergebnissen dieser Studie konnte in einer Untersuchung von Schmitz et al. (1996) im Rahmen einer multiprofessionellen psychosomatischen Behandlung in einer Patientengruppe mit Depressionen und *vorwiegend* vermeidend-selbstunsicherer und dependenter Persönlichkeitsstörung tendenziell sogar eine stärkere Abnahme der Depressivität im BDI beobachtet werden als in einer Patientengruppe mit depressiven Störungen, die keine komorbiden Persönlichkeitsstörungen aufwiesen.

Da in der untersuchten Stichprobe nur zwei der elf Patienten *keine* vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung hatten, soll an dieser Stelle auch auf eine Studie von Joyce et al. (2007) hingewiesen werden, in der - im Gegensatz zur vorliegenden Untersuchung - gezeigt werden konnte, dass Patienten mit vermeidend-selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung, die ambulant psychotherapeutisch behandelt wurden, eine ge-

¹⁸ In der Patientenstichprobe mit vermeidend-selbstunsicherer und/oder dependenter Persönlichkeitsstörung hatten acht Patienten ausschließlich eine vermeidend-selbstunsichere, zwei Patienten ausschließlich eine dependente und ein Patient sowohl eine vermeidend-selbstunsichere als auch eine dependente Persönlichkeitsstörung.

ringere Abnahme der Depressivität in der Fremdbeurteilung (MADRS) aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Hinsichtlich des längerfristigen Behandlungserfolgs zeigte sich entgegen der Hypothese, dass Patienten mit selbstunsicherer/dependenter Persönlichkeitsstörung vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt keine bedeutsame Symptomzunahme und nicht häufiger depressive Episoden im ersten poststationären Jahr aufwiesen als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt war bei ihnen jedoch erwartungskonform tendenziell ($p < .10$) eine vergleichsweise stärkere Depressivität (Cohens $d_{\text{HAMD}} = .51$) und psychische Gesamtbelastung (Cohens $d_{\text{BSI-GSI}} = .51$) beobachtbar. Diese stand im Zusammenhang mit ihrer höheren Symptombelastung am Ende des stationären Aufenthaltes. Auch Hoffart und Martinsen (1993) konnten zeigen, dass das Vorliegen einer vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung mit einer stärkeren Depressivität ein Jahr nach dem Klinikaufenthalt einhergeht.

Zusammenfassend weisen die Studienbefunde darauf hin, dass Patienten mit ausschließlich vermeidend-selbstunsicherer und/oder dependenter Persönlichkeitsstörung im Rahmen des stationären Aufenthaltes eine bedeutsame Symptomreduktion erreichen und vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt keine Symptomverschlechterung aufweisen. Sie zeigen jedoch ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt eine stärkere Symptomausprägung als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, die auf ihre höhere Symptomschwere am Ende des Klinikaufenthaltes zurückgeführt werden kann.

Zwanghafte Persönlichkeitsstörung

Für Patienten mit ausschließlich zwanghafter Persönlichkeitsstörung konnte hinsichtlich der Depressivität (HAMD_{17} , BDI), dem Primärkriterium für das Therapieergebnis, ein mit Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen vergleichbarer kurz- und längerfristiger Behandlungserfolg festgestellt werden. Hingegen weisen die Effektstärken d für Messwiederholung darauf hin, dass die Abnahme der psychischen Gesamtbelastung vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt in der Patientengruppe mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung geringer war als in der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen ($d_{\text{BSI-GSI}} = .76$ vs. $d_{\text{BSI-GSI}} = 1.41$). Dies ging mit einer - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - tendenziell ($p < .10$) geringeren Recoveryrate in der Patientengruppe mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung nach Abschluss der stationären Behandlung einher ($T_{\text{BSI-GSI}} < 63$; 39 % vs. 66 %). Die höhere psychische Gesamtbelastung blieb entsprechend der Effektstärke Cohens $d_{\text{BSI-GSI}} = .42$ auch ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt bestehen.

Die vergleichsweise geringere Abnahme der psychischen Gesamtbelastung im Rahmen der stationären Behandlung, und die damit einhergehende stärker ausgeprägte psychische Gesamtbelastung am Ende des stationären Aufenthaltes und ein Jahr danach in der Patientengruppe mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung, steht möglicherweise im Zusammenhang mit der - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstö-

rungen - höheren Rate komorbider Achse I Störungen in dieser Patientengruppe (54 % vs. 31 %, $p > .10$, $\phi = .15$). Eine zeitlich eng umgrenzte, auf die Reduktion der depressiven Symptomatik fokussierende stationär-psychiatrische Behandlung macht es kaum möglich, komorbide psychische Störungen, wie zum Beispiel Angststörungen suffizient zu behandeln. Der BSI erfasst Symptome verschiedener Achse I Störungen. Wenn diese nun bei Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung häufiger vorlagen und nicht ausreichend behandelt wurden, könnte dies mit einer vergleichsweise geringen Abnahme der psychischen Gesamtbelastung, und damit mit einer stärkeren Symptombelastung zu Behandlungsende sowie zum Katamnesezeitpunkt, einhergegangen sein. Dieser Erklärungsansatz muss jedoch eine Hypothese bleiben, die im Rahmen dieser Arbeit statistisch nicht überprüft werden konnte, da der Unterschied in der psychischen Gesamtbelastung zu Behandlungsende sowie zum Katamnesezeitpunkt zwischen Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen zwar in den Effektstärken sichtbar, jedoch statistisch nicht signifikant war.

Es gibt nur wenige Studien, die den Zusammenhang des alleinigen Vorliegens einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung mit dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen untersucht haben. Ansseau et al. (1991) stellten fest, dass depressiv erkrankte Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung nach einer Behandlung mit SSRIs sogar einen *günstigeren* Behandlungserfolg aufwiesen als depressiv Erkrankte ohne zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Im Gegensatz dazu geben die Befunde einer Studie von Thompson et al. (1988) Hinweise darauf, dass bei älteren Patienten das Vorliegen einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung mit einem ungünstigeren Krankheitsverlauf einherzugehen scheint.

Beim Vergleich des guten Behandlungserfolges von Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung bezüglich der Depressivität mit dem weniger günstigen Therapieerfolg in den Patientengruppen mit selbstunsicherer/dependenten bzw. Cluster B Persönlichkeitsstörung muss beachtet werden, dass Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung nur die Kriterien *einer* Persönlichkeitsstörung erfüllten. In der Patientengruppe mit selbstunsicherer und/oder dependenten bzw. Cluster B Persönlichkeitsstörungen konnten Patienten prinzipiell mehr als eine Persönlichkeitsstörungsdiagnose aufweisen. Nach Ogrodniczuk et al. (2001) kann das Vorliegen mehrerer Persönlichkeitsstörungen im Sinne eines erhöhten Schweregrades der Persönlichkeitspathologie interpretiert werden, welcher mit einem ungünstigeren Behandlungserfolg einhergeht. Da jedoch sowohl in der Patientengruppe mit vermeidend-selbstunsicherer und/oder dependenten Persönlichkeitsstörung als auch in der Patientengruppe mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen jeweils nur ein Patient zwei Persönlichkeitsstörungsdiagnosen aufwies, ist dieser Erklärungsansatz unwahrscheinlich.

Zusammenfassend geben die Studienbefunde Hinweise darauf, dass Patienten mit zwanghafter Persönlichkeitsstörung hinsichtlich der Depressivität, dem Primärkriterium

für das Therapieergebnis, einen mit Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen vergleichbaren kurz- und längerfristigen Behandlungserfolg aufweisen.

Insgesamt muss jedoch einschränkend auf die geringen Umfänge der Patientenstichproben mit ausschließlich selbstunsicherer/dependenten ($n = 11$), zwanghafter ($n = 13$) bzw. Cluster B ($n = 12$) Persönlichkeitsstörung in der vorliegenden Untersuchung hingewiesen werden. Brieger et al. (2002) sowie Mulder (2002) merken an, dass kleine Stichprobenumfänge aufgrund der hohen Ko-Prävalenzraten der Persönlichkeitsstörungen untereinander ein Problem vieler Studien zur Untersuchung einzelner Persönlichkeitsstörungen sind. Ein kleiner Stichprobenumfang geht mit einem großen β -Fehler und demnach einer geringen Teststärke einher. Post-hoc durchgeführte Poweranalysen (siehe Tabelle 0.10 im Anhang C, S. 214) zeigten, dass für die Analysen von Unterschieden zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen bei Annahme eines kleinen bis moderaten Effekts die Teststärke ($1-\beta$) lediglich 0.6 - 0.7 betrug. Daher konnten die Ergebnisse der inferenzstatistischen Analysen zu Unterschieden im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen nur eingeschränkt zur Beurteilung der aufgestellten Hypothesen herangezogen werden. Deshalb wurde bei der Interpretation der Befunde auch auf die Betrachtung der Effektstärken fokussiert. Zusammenfassend sollten jedoch die Befunde, die nicht statistisch abgesichert werden konnten, mit Vorsicht betrachtet werden.

4.6 Der Zusammenhang zwischen Ausprägungsgraden von Persönlichkeitsfaktoren und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen

Es gibt umfangreiche Diskussionen über die Validität der im DSM-IV gelisteten Persönlichkeitsstörungen und ihrer Diagnostik. Die am häufigsten genannten Kritikpunkte sind arbiträre Cutoff-Werte, schlecht begründete Grenzen zur Normalpersönlichkeit, häufige Mehrfachdiagnosen unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen („innere Komorbidität“; geringe diskriminante Validität), der Verlust wichtiger klinischer Informationen durch die kategoriale Beurteilung vorliegender Merkmale sowie die grundsätzliche Frage nach der Validität kategorialer Diagnosen (u.a. Barnow, 2008d; Fydrich, 2008; Livesley et al., 1994; Livesley, 2011a). Aufgrund der zahlreichen Kritikpunkte plant die American Psychiatric Association für das DSM-5, das im Mai 2013 veröffentlicht werden soll, eine weitgehende Neukonzeptualisierung der Sektion „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“. Der aktuelle Vorschlag beinhaltet ein hybrid dimensional-kategoriales Modell zur Erfassung von maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen und Persönlichkeitsstörungen.

Zum Zeitpunkt der Konzeptualisierung der vorliegenden Studie im Frühjahr 2005 lag jedoch das für das DSM-5 vorgeschlagene Modell noch nicht vor. Daher wurde - basie-

rend auf einem Vorschlag von Fydrich, Schmitz, Hennch et al. (1996) - ein dimensional-kategorialer Ansatz gewählt, bei dem anhand des SKID-II sowohl das Vorliegen der im DSM-IV gelisteten Persönlichkeitsstörungen überprüft, als auch eine dimensionale Beurteilung der diagnostischen Konzepte (dimensionale SKID-II-Scores) vorgenommen wurde (zur Beschreibung des Vorgehens siehe Kapitel 2.1.4, S. 40 f.). Die enge Kopplung einer dimensionalen Erfassung maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale an die kategoriale Persönlichkeitsstörungsdiagnostik wurde aus forschungsökonomischen Gesichtspunkten als sinnvoll erachtet.

Es liegen keine Untersuchungen vor, die den Zusammenhang zwischen maladaptiven Persönlichkeitsmerkmalen und dem Behandlungserfolg bei depressiv Erkrankten untersucht und dabei das SKID-II in einer mit dem Vorgehen in dieser Studie vergleichbaren Weise zur dimensionalen Beurteilung der diagnostischen Konzepte eingesetzt haben. Daher wurde in der vorliegenden Studie der Zusammenhang zwischen den dimensional SKID-II-Scores und dem Ausmaß der Symptomveränderung *explorativ* untersucht. Aufgrund der geringen Stichprobenumfänge wurde nicht auf die inferenzstatistische Analyse, sondern auf die deskriptive Beschreibung der Korrelationen fokussiert. Hierbei zeigten sich keine oder lediglich schwache Zusammenhänge ($r < .30$) zwischen den Ausprägungsgraden der Persönlichkeitsfaktoren „Borderline“, „vermeidend-selbstunsicher“ sowie „paranoid“ und dem Ausmaß der Veränderung der Depressivität (HAMD₁₇, BDI) und der psychischen Gesamtbelastung (BSI-GSI) vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt sowie vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt.

Persönlichkeitsfaktor „schizoid“

Zwischen dem Ausprägungsgrad des Persönlichkeitsfaktors „schizoid“ und der Stärke der Symptomveränderung gab es hingegen mittlere bis hohe positive Zusammenhänge. Demnach ging eine höhere Ausprägung schizoider Merkmale zwar mit einer stärkeren Abnahme der Depressivität ($r_{\text{HAMD}} = .37$, $r_{\text{BDI}} = .39$) und der psychischen Gesamtbelastung ($r_{\text{BSI-GSI}} = .30$) im Rahmen der stationären Depressionsbehandlung einher. Sie stand jedoch auch im Zusammenhang mit einer stärkeren Zunahme der Symptomatik vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt ($r_{\text{HAMD}} = .62$, $r_{\text{BDI}} = .37$, $r_{\text{BSI-GSI}} = .34$).

Im Unterschied zu diesen Befunden hatte die Ausprägung schizoider Merkmale erfasst anhand des *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-I) in einer Studie von Alnaes und Torgerson (1997) keine Vorhersagekraft für den Krankheitsverlauf nach einer Depressionsbehandlung (Auftreten eines depressiven Rückfalls innerhalb von sieben Jahre nach der Behandlung). Auch in einer Studie von Mulder et al. (2009) unterschied sich die Patientengruppe, die innerhalb des ersten Jahres nach der Behandlung einen depressiven Rückfall hatte, hinsichtlich der Anzahl erfüllter schizoider Kriterien nach SKID-II nicht von der Patientengruppe ohne Rückfall. Es muss jedoch beachtet werden, dass ein Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung mit denen von Alnaes und

Torgerson (1997) sowie Mulder et al. (2009) aufgrund der unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen zur Erfassung der Ausprägung schizoider Merkmale eingeschränkt ist. Auch eine theoriegeleitete Erklärung der Befunde ist wegen fehlender tragender theoretischer Modelle zum Zusammenhang schizoider Merkmale mit dem Behandlungserfolg bzw. dem Krankheitsverlauf bei depressiv Erkrankten nicht möglich.

Persönlichkeitsfaktor „narzisstisch“

Für den Persönlichkeitsfaktor „narzisstisch“ zeigte sich, dass je stärker narzisstische Merkmale ausgeprägt waren, desto geringer war die Zunahme der Depressivität ($r_{\text{HAMD}} = -.48$, $r_{\text{BDI}} = -.41$) und der psychischen Gesamtbelastung ($r_{\text{BSI-GSI}} = -.50$) vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt, das heißt desto geringer war die Symptomverschlechterung im ersten poststationären Jahr. Nach Ritter und Lammers (2007) geht - trotz negativer Konnotation - der Narzissmusbegriff mit positiven Eigenschaften einher. Hierzu gehört zum Beispiel eine leichte Selbstüberschätzung, die zu einer Erhöhung des Selbstwertgefühls beiträgt. Damit ist Narzissmus in seiner „gesunden“ Form eine wesentliche Ressource zur Selbstwertregulation. Folgerichtig und in Übereinstimmung mit den Befunden der vorliegenden Studie „konnte in Untersuchungen [...] ein Zusammenhang von narzisstischen Persönlichkeitszügen mit niedrigen Werten bzgl. Depression, Angst und Einsamkeit [...] gefunden werden“ (Ritter & Lammers, 2007, S. 55).

Persönlichkeitsfaktor „depressiv“

Für den Persönlichkeitsfaktor „depressiv“ konnte gezeigt werden, dass je höher die Ausprägung depressiver Merkmale war, desto stärker war die Zunahme der Depressivität ($r_{\text{BDI}} = .31$, $r_{\text{HAMD}} = .24$) und der psychischen Gesamtbelastung ($r_{\text{BSI-GSI}} = .35$) vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt. Die Interpretation dieses Befundes ist vor dem Hintergrund der Kriterienüberlappungen zwischen der depressiven Persönlichkeitsstörung und den affektiven Achse I Störungen (fehlende Lebensfreude, Traurigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, Pessimismus, Schuldgefühle; Victor et al., 2006) schwierig. Es kann nicht differenziert werden, ob die HAMD₁₇- und BDI-Werte Symptome im Rahmen einer depressiven Achse I Störung oder Merkmale eines depressiven Persönlichkeitsstils widerspiegeln.

Es zeigte sich jedoch auch ein moderater positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung depressiver Persönlichkeitsmerkmale und dem Ausmaß der Zunahme der psychische Gesamtbelastung ($r_{\text{BSI-GSI}} = .35$), wobei anhand des BSI nicht nur Symptome depressiver Erkrankungen, sondern auch verschiedener weiterer Symptomstörungen erfasst werden. Außerdem waren die Korrelationen zwischen der Ausprägung depressiver Persönlichkeitsmerkmale und den Werten im BDI und in der HAMD₁₇ zu Behandlungsbeginn lediglich schwach ($r_{\text{BDI}} = .14$, $r_{\text{HAMD}} = .11$), so dass von einer nur geringfügigen Konfundierung der Ausprägung des Persönlichkeitsfaktors „depressiv“ mit der akuten depressiven Symptomatik ausgegangen werden kann. Demnach weisen die Be-

funde darauf hin, dass eine höhere Ausprägung depressiver Persönlichkeitsmerkmale mit einer Zunahme der akuten Depressivität und psychischen Gesamtbelastung vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt in Zusammenhang zu stehen scheint.

Persönlichkeitsfaktor „dependent“

Für die Ausprägung des Persönlichkeitsfaktors „dependent“ gab es zwar über die eingesetzten Inventare - HAMD₁₇, BDI und BSI-GSI - hinweg keine konsistenten Zusammenhänge mit dem Ausmaß der Symptomveränderung. Für den Zeitraum der stationären Behandlung zeigten sich jedoch schwache bis mittlere negative Zusammenhänge zwischen der Stärke der Symptomveränderung in den Selbstbeurteilungsinventaren und dem Ausprägungsgrad auf dem Persönlichkeitsfaktor. Je höher die Ausprägung dependenter Merkmale war, desto geringer war die Abnahme der Depressivität ($r_{BDI} = -.36$) sowie der psychischen Gesamtbelastung ($r_{BSI-GSI} = -.22$) vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt. Für das erste poststationäre Jahr zeigte sich, dass je höher die Ausprägung dependenter Merkmale war, desto stärker war die Zunahme der Depressivität ($r_{HAMD} = .31$) sowie der psychischen Gesamtbelastung ($r_{BSI-GSI} = .11$) vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt.

Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass eine hohe Ausprägung dependenter Merkmale bei Patienten mit depressiven Störungen sowohl kurz- als auch längerfristig mit einem ungünstigeren Behandlungsergebnis einherzugehen scheint. Dieser Befund stimmt mit dem Ergebnis aus der Studie von Alnaes und Torgersen (1997) überein, dass eine höhere Ausprägung dependenter Merkmale ein höheres Rückfallrisiko nach einer Depressionsbehandlung vorhersagt. Nach Overholser (1991) geht Dependenz mit Defiziten im Problemlösen und hinsichtlich sozialer Fertigkeiten einher. Diese Defizite können dazu beitragen, dass dependente Personen die Konfrontation mit auftretenden Problemen vermeiden. Auch das unabhängige Treffen von Entscheidungen ist bei Personen mit dependenter Persönlichkeit aufgrund exzessiver Angst und fehlendem Selbstvertrauen beeinträchtigt. Dieser unangemessene Copingstil behindert die aktive Problemlösung. Damit bleiben konflikthafte und problematische Situationen anhaltend bestehen, was mit einer Aufrechterhaltung bzw. Exazerbation psychischer Symptome einhergehen kann. Widiger und Anderson (2003) weisen auch darauf hin, dass das anklammernde Verhalten, die unentwegte Suche nach Rückversicherung und Unterstützung sowie das Selbstbild dependenter Personen als schwach und hilfsbedürftig mit verschiedenen interpersonellen Problemen (spontane und unreflektierte Partnerwahl, Distanzierung des sozialen Umfeldes) einhergeht, was wiederum mit stärkerer depressiver Symptomatik und psychischer Belastung in Zusammenhang stehen kann.

Persönlichkeitsfaktor „negativistisch“

Für den Persönlichkeitsfaktor „negativistisch“ zeigten sich in den Selbstbeurteilungsinventaren negative Zusammenhänge zwischen der Ausprägung negativistischer Merkmale und der Stärke der Symptomabnahme im Rahmen des stationären Aufenthaltes. Je stärker Negativismus ausgeprägt war, desto geringer war die Abnahme der psychischen Gesamtbelastung ($r_{\text{BSI-GSI}} = -.54$) und der Depressivität ($r_{\text{BDI}} = -.24$) vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt. Im Gegensatz dazu zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Ausprägung negativistischer Merkmale und der Abnahme der Depressivität in der Fremdbeurteilung ($r_{\text{HAMD}} = .37$) während der stationären Behandlung.

Für den Katamnesezeitraum konnten mittlere negative Zusammenhänge zwischen der Ausprägung negativistischer Merkmale und dem Ausmaß der Symptomzunahme festgestellt werden. Je stärker negativistische Merkmale ausgeprägt waren, desto geringer war die Zunahme der Depressivität ($r_{\text{BDI}} = -.47$) sowie der psychischen Gesamtbelastung ($r_{\text{BSI-GSI}} = -.39$) vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt. Für die Zunahme der fremdbeurteilten Depressivität (HAMD_{17}) im ersten poststationären Jahr konnte hingegen kein Zusammenhang mit dem Ausprägungsgrad des Persönlichkeitsfaktors „negativistisch“ beobachtet werden. Die vorliegenden Befunde zum Zusammenhang negativistischer Merkmale mit dem Behandlungserfolg bei depressiven Patienten sind widersprüchlich und eine Interpretation ist aufgrund fehlender tragender theoretischer Modelle und vergleichbarer empirischer Befunde nicht möglich.

Persönlichkeitsfaktor „zwanghaft“

Für den Persönlichkeitsfaktor „zwanghaft“ zeigten sich schwache bis mittlere positive Zusammenhänge mit dem Ausmaß der Symptomabnahme vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt. Je stärker zwanghafte Persönlichkeitsmerkmale ausgeprägt waren, desto stärker war die Abnahme der Depressivität ($r_{\text{BDI}} = .32$, $r_{\text{HAMD}} = .17$) sowie der psychischen Gesamtbelastung ($r_{\text{BSI-GSI}} = .23$) im Rahmen des stationären Aufenthaltes. Für den Krankheitsverlauf im ersten Jahr nach der Depressionsbehandlung gab es - in Übereinstimmung mit Befunden aus den Studien von Alnaes und Torgersen (1997) sowie Mulder et al. (2009) - keinen Zusammenhang mit dem Ausmaß der „Zwanghaftigkeit“.

Zur Interpretation der Befunde sollen Ergebnisse einer Studie von Kronmüller et al. (2002) zum Zusammenhang der Persönlichkeitsstruktur des Typus melancholicus (nach Tellenbach, 1961) mit dem Erfolg einer Depressionsbehandlung herangezogen werden, da Ordnung, Gewissenhaftigkeit und Pflichtbewusstsein Kernmerkmale sowohl der Persönlichkeitsdimension „Zwanghaftigkeit“ als auch der Typus-melancholicus-Persönlichkeitsstruktur sind. Kronmüller et al. (2002) stellten für Patienten mit Typus-melancholicus-Persönlichkeitsstruktur im ersten Jahr nach einer Depressionsbehandlung einen mit Patienten ohne diese Persönlichkeitsstruktur vergleichbaren Krankheitsverlauf fest.

Nach Einschätzung der Autoren kann die gute Prognose der Patienten mit hohen Ausprägungen von Gewissenhaftigkeit und Pflichtbewusstsein einerseits auf ihre hohe Anpassungsbereitschaft und Normorientierung und andererseits auf ihren Wunsch nach sicheren Bindungen, die als prognostisch günstig für therapeutische Beziehungen gelten, zurückgeführt werden. Die Autoren vermuten, dass hierbei eine höhere Therapiecompliance dieser Patienten einen wesentlichen Faktor für den guten Behandlungserfolg darstellt. Dies könnte auch ein Erklärungsansatz für die stärkere Symptomabnahme im Rahmen des stationären Aufenthaltes bei Patienten mit hoch ausgeprägter „Zwanghaftigkeit“ in der vorliegenden Studie sein.

Andererseits weist Fiedler (2007) darauf hin, dass Personen mit Typus-melancholicus-Persönlichkeitsstruktur in Krisensituationen und bei schwerwiegenden Lebenseinschnitten ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung schwerer Depressionen zu haben scheinen und Elkin et al. (1989) sowie Sotsky et al. (1991, jeweils zitiert nach Rector, Bagby, Segal, Joffe & Levitt, 2000) konnten zeigen, dass Patienten mit hohem Perfektionismus, als Kernmerkmal der Persönlichkeitsdimension „Zwanghaftigkeit“, einen ungünstigeren Behandlungserfolg aufweisen als weniger perfektionistische Patienten.

Zusammenfassend konnten in der vorliegenden Untersuchung nur für wenige Persönlichkeitsfaktoren bedeutsame und über die eingesetzten Inventare (HAMD₁₇, BDI und BSI-GSI) konsistente Zusammenhänge mit dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen gezeigt werden. Außerdem muss beachtet werden, dass die Ergebnisse wegen weitgehend fehlender tragender theoretischer Modelle für diese Zusammenhänge sowie auch wegen der für die einzelnen Subgruppen geringen Stichprobenzahlen lediglich explorativen Charakter haben können. Besonders für die Persönlichkeitsfaktoren „antisozial“, „histrionisch“ und „schizotyp“ konnten aufgrund von geringen Stichprobengrößen ($n < 5$) keine Korrelationen berechnet und daher die Zusammenhänge mit dem Behandlungserfolg nicht untersucht werden. Darüber hinaus ist auch der Vergleich mit Befunden anderer Studien (Alnaes & Torgerson, 1997; Mulder et al., 2009) wegen deutlich unterschiedlicher Erhebungsmethodik für Persönlichkeitsmerkmale sowie weiterer methodischer Unterschiede nur sehr eingeschränkt möglich.

Weiterhin muss einschränkend beachtet werden, dass anhand des SKID-II lediglich maladaptive Persönlichkeitsmerkmale erfasst werden. So repräsentieren beispielsweise die Kriterien zur Erfassung der zwanghaften Persönlichkeitsstörung den „Positivpol“ der Persönlichkeitsdimension „Gewissenhaftigkeit“ (Widiger, 2011). Ein niedriger dimensionaler SKID-II-Score für den Persönlichkeitsfaktor „zwanghaft“ sagt jedoch nichts darüber aus, ob eine Person zum Beispiel in einem adaptiven Maße gewissenhaft und zuverlässig oder aber extrem unstrukturiert und nachlässig („Negativpol“) ist. Daher geht die dimensionale Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen anhand des SKID-II mit einer eingeschränkten Varianz der Ausprägung der Persönlichkeitsfaktoren einher, was zur Verringerung der Korrelationen mit dem Ausmaß der Symptomveränderung beiträgt.

Über dies hinaus muss berücksichtigt werden, dass aus forschungsökonomischen Gründen nur für diejenigen diagnostischen Konstrukte dimensionale Werte erhoben wurden, für die die Patienten den Cutoff-Wert im SKID-II-Screeningfragebogen erreicht hatten. Diese methodische Besonderheit bei der Durchführung der Untersuchung könnte zur Folge gehabt haben, dass für Patienten mit geringen Ausprägungen bei bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen (solche, die den Cutoff-Wert für die zugehörige Persönlichkeitsstörung im Screeningfragebogen nicht erreichten) keine SKID-II-Interview-Scores vorlagen. Das könnte zusätzlich die Varianz der Ausprägungen der Persönlichkeitsfaktoren eingeschränkt haben.

Die Histogramme zur Verteilung der dimensionalen SKID-II-Scores für die untersuchten Persönlichkeitsfaktoren (siehe Abbildungen 0.21 bis 0.29 im Anhang C, S. 214 ff.) zeigen jedoch, dass es auch Patienten gab, die im Screeningfragebogen den Cutoff-Wert überschritten, jedoch im SKID-II-Interview lediglich geringe dimensionale Werte hatten, das heißt im Interview keine oder nur wenige diagnostische Kriterien wenigstens unterschwellig erfüllten (z.B. weist ein dimensionaler Wert = 7 für die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung darauf hin, dass kein Kriterium für diese Persönlichkeitsstörung erfüllt war). Demnach liegen auch dimensionale SKID-II-Scores für Patienten mit geringen Ausprägungen der Persönlichkeitsfaktoren vor, so dass das Risiko einer verringerten Varianz der Ausprägungen der Persönlichkeitsfaktoren aufgrund der methodischen Besonderheit bei der Durchführung in der vorliegenden Studie begrenzt ist.

Zudem ist einschränkend auch zu beachten, dass der Zusammenhang zwischen dem Ausprägungsgrad eines spezifischen Persönlichkeitsfaktors und dem Behandlungserfolg nicht unabhängig von der Ausprägung anderer Persönlichkeitsfaktoren untersucht werden konnte, da nicht für alle Patienten dimensionale SKID-II-Scores für alle Persönlichkeitsfaktoren erfasst wurden. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass aufgrund der zahlreichen methodischen Begrenzungen bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen den Ausprägungsgraden der Persönlichkeitsfaktoren, erfasst anhand des SKID-II, und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen in der vorliegenden Untersuchung, den berichteten Befunden mit Vorsicht begegnet werden sollte.

4.7 Vergleich der prädiktiven Validität des dimensionalen und des kategorialen Modells der Persönlichkeitsstörungen

Die Entscheidung, die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV durch einen dimensionalen Ansatz zur Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und ihren maladaptiven Extremformen im DSM-5 zu erweitern oder zu ersetzen, sollte auf dem Nachweis einer verbesserten Reliabilität, Validität und klinischen Nützlichkeit des DSM-5-Ansatzes gegenüber dem DSM-IV-Modell basieren (Zimmermann,

2011). In diesem Zusammenhang ist vor allem auch der Vergleich der externen Validität der Ansätze von Bedeutung. Maße der (maladaptiven) Persönlichkeit sollten in enger Beziehung zu externen konzeptuell relevanten Variablen wie dem Behandlungserfolg stehen (Spitzer et al., 2008). Daher wurde in der vorliegenden Studie zusätzlich zu den Hauptfragestellungen auch untersucht, ob die dimensionale Erfassung von Ausprägungsgraden der Persönlichkeitsfaktoren, erfasst anhand des SKID-II (dimensionaler SKID-II-Score), eine stärkere Vorhersagekraft für den Behandlungserfolg (prädiktive Validität) hat als die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen.

Hierzu wurde jeweils zusätzlich zur Korrelation des dimensionalen SKID-II-Scores mit dem Ausmaß der Symptomveränderung auch die Korrelation zwischen dem Vorliegen bzw. Nichtvorliegen der jeweiligen Persönlichkeitsstörung und der Stärke der Symptomveränderung berechnet. Nachfolgend wurde für jedes diagnostische Konstrukt des DSM-IV überprüft, ob sich die beiden Korrelationen signifikant voneinander unterscheiden. Die Ergebnisse sind in der Tabelle 0.13 im Anhang C (S. 218) dargestellt. Die Berechnungen zeigen, dass es für keinen der untersuchten Persönlichkeitsfaktoren einen signifikanten Unterschied zwischen der dimensional Beurteilung der diagnostischen Konstrukte und dem kategorialen Modell der Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich des Zusammenhangs mit dem Behandlungserfolg gab. Einzig für den Persönlichkeitsfaktor „vermeidend-selbstunsicher“ zeigte sich, dass der Zusammenhang mit dem Ausmaß der Abnahme der Depressivität (BDI) vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt für die dimensionale Beurteilung tendenziell ($p < .10$) höher war als bei Berechnungen auf der Basis des kategorialen Modells ($r = .17$ vs. $r = -.01$).

Es muss jedoch beachtet werden, dass aufgrund der kleinen Stichprobenumfänge für die Persönlichkeitsfaktoren die Teststärke der Signifikanztests eingeschränkt war, so dass möglicherweise bedeutsame Unterschiede keine statistische Signifikanz erreichten. Außerdem konnten aufgrund von Stichprobenumfängen $n < 20$ (Bortz, 1999) für die Faktoren „schizoid“ und „narzisstisch“ keine Signifikanztests zum Vergleich der Korrelationen zwischen der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen einerseits und der dimensional Erfassung von Ausprägungsgraden der Persönlichkeitsfaktoren andererseits und dem Behandlungserfolg berechnet werden.

Selbst wenn die Korrelationen jedoch lediglich deskriptiv (und nicht auf der Basis statistischer Tests) miteinander verglichen werden, zeigte sich *kein* über die Persönlichkeitsfaktoren und Inventare zur Erfassung der Symptomschwere hinweg konsistent stärkerer Zusammenhang zwischen den Persönlichkeitsvariablen auf der Basis des dimensional Modells und der Stärke der Symptomveränderung im Vergleich zum kategorialen Modell. Dies steht wahrscheinlich mit den hohen Korrelationen zwischen dem Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung und dem dazugehörigen dimensional SKID-II-Score in Zusammenhang ($r = .63$ für die zwanghafte bis $r = .88$ für die paranoide Persönlichkeitsstörung; siehe Tabelle 0.11 im Anhang C, S. 216).

Zusammenfassend weisen die Befunde darauf hin, dass bezüglich der Vorhersagekraft für den Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen die dimensionale Beurteilung der diagnostischen Konstrukte des DSM-IV anhand des SKID-II-Interviews keinen bedeutsamen Vorteil gegenüber der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen zu haben scheint. Daher erscheint für eine Neukonzeptualisierung der Sektion „Persönlichkeitsstörungen“, wie sie im Zusammenhang mit der Entwicklung des DSM-5 diskutiert wird, eine direkte Umwandlung der kategorialen Persönlichkeitsstörungsdiagnosen (z.B. zwanghafte Persönlichkeitsstörung) in Persönlichkeitsdimensionen (z.B. „Zwanghaftigkeit“) und die Beurteilung der Ausprägung auf diesen als wenig gewinnbringend.

4.8 Exkurs: Der aktuelle Vorschlag für die Sektion „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“ des DSM-5

Die Forschungsgemeinschaft im Bereich der Persönlichkeitsstörungen beschäftigt sich aktuell intensiv mit der Neukonzeptualisierung der Sektion „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“ des DSM-5. Aufgrund der großen Bedeutung dieser Novellierung soll auch in dieser Arbeit - unter Einbezug der eigenen Ergebnisse - eine Diskussion des aktuellen Vorschlags Platz finden.

In Übereinstimmung mit dem Ergebnis der vorliegenden Studie, dass ein dimensionales Modell, das eng an die kategoriale Persönlichkeitsstörungsdiagnostik gekoppelt ist, wenig gewinnbringend erscheint, basiert der aktuelle Vorschlag eines hybrid dimensional-kategorialen Modells für die Sektion „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“ des DSM-5 nicht auf der dimensionalen Beurteilung der Kriterien für Persönlichkeitsstörungen. Für das DSM-5 wird ein Modell vorgeschlagen, bei dem die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen auf den folgenden zwei dimensional Kriterien beruht: (1) der Beurteilung des funktionellen Niveaus der Persönlichkeit und (2) der Einschätzung der Ausprägung spezifischer Persönlichkeitsmerkmale (siehe www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/PersonalityDisorders.aspx).

Hierbei schätzt der Diagnostiker im ersten Schritt anhand der *Personality Functioning Scale* das funktionelle Niveau der Persönlichkeit (*personality functioning*) einer Person auf einer fünfstufigen Skala von *gesundes Funktionieren* bis *extreme Beeinträchtigung* ein. Das Funktionsniveau ist hierbei in zwei Bereiche unterteilt: einen auf das Selbst bezogenen (*self functioning*) und einen interpersonellen (*interpersonal functioning*) Bereich. Bei der Beurteilung des *self functioning* wird eingeschätzt, wie sehr die Identität und das Selbstbewusstsein einer Person ausgeprägt ist (*identity*) und wie gut sie in der Lage ist, ihre Lebensziele zu identifizieren und zu verfolgen (*self-direction*). Zur Erfassung des *interpersonal functioning* wird beurteilt, inwieweit eine Person fähig ist, die Perspektive anderer einzunehmen (*empathy*) und enge Beziehungen aufzubauen.

en (*intimacy*). Eine mindestens moderate Beeinträchtigung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit weist auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung hin.

Im zweiten Schritt beurteilt der Diagnostiker anhand der *Personality Trait Rating Form* auf einer vierstufigen Skala von *nicht zutreffend* bis *extrem zutreffend* die Ausprägung der Person auf folgenden Persönlichkeitsdimensionen und den zugehörigen Facetten: (1) *Detachment*, (2) *Antagonism*, (3) *Disinhibition*, (4) *Negative affectivity* und (5) *Psychoticism*¹⁹. Die sechs Persönlichkeitsstörungen, die aus dem DSM-IV in das DSM-5 übernommen werden sollen (vermeidend, zwanghaft, Borderline, narzisstisch, antisozial und schizotyp), sind anhand der für sie jeweils relevanten Facetten der fünf Persönlichkeitsdimensionen beschrieben (siehe z.B. Kriterien für die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung im Anhang F, S. 260). Falls die Person jedoch nicht die Kriterien für eine der sechs Persönlichkeitsstörungen erfüllt, kann auch die Diagnose einer *Personality disorder trait specified* vergeben werden, wenn mindestens für eine Persönlichkeitsdimension moderate Ausprägungen vorliegen und die Person mindestens moderate Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus der Persönlichkeit aufweist (z.B. *Personality disorder trait disinhibition*²⁰). Weiterhin besteht unabhängig von der kategorialen Diagnostik auch die Möglichkeit, eine Person anhand ihrer Ausprägungen der fünf Persönlichkeitsdimensionen zu beschreiben.

Diskussion des aktuellen Vorschlags

Ausgangspunkt für eine Diskussion des oben beschriebenen Vorschlags ist, dass eine grundlegende Revision der Sektion „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“ im DSM-5 nur dann gerechtfertigt ist, wenn sie mit einer Verbesserung der Reliabilität, Validität und klinischen Nützlichkeit im Vergleich zum DSM-IV einhergeht (Zimmermann (2011).

(1) Verbesserung der Reliabilität

Reliabilitätsstudien zeigen lediglich moderate Test-Retestreliabilitäten für Persönlichkeitsstörungsdiagnosen nach SKID-II (Farmer & Chapman, 2002). Als Erklärung hierfür wird unter anderem die Verhaltensnähe einiger DSM-IV-Kriterien für Persönlichkeitsstörungen diskutiert. In einer Studie von Paris et al. (1987, zitiert nach Barnow, 2008a) konnte gezeigt werden, dass temperamentsbasierte Symptome wie Impulsivität eine deutlich höhere Stabilität aufweisen als verhaltensnahe Symptome wie selbstverletzendes Verhalten oder das Auftreten von Wutausbrüchen. Um die Test-Retestreliabilität für die Persönlichkeitsstörungsdiagnosen nach DSM-5 zu erhöhen, wurden daher die DSM-IV-Persönlichkeitsstörungskriterien in stabilere Persönlichkeitsmerkmale umgewandelt (Skodol et al., 2011).

¹⁹ (1) Distanziertheit/Unbezogenheit, (2) Feindseligkeit/Unverträglichkeit, (3) Enthemmung, (4) Negative Affektivität und (5) Psychotizismus (Übers. v. Verf.).

²⁰ Persönlichkeitsstörung mit dem Merkmal Enthemmung (Übers. v. Verf.).

Das hat jedoch zur Folge, dass die für das DSM-5 vorgeschlagenen Kriterien, die von dem Diagnostiker anhand der *Personality Trait Rating Form* erfasst werden, weniger konkret und verhaltensnah operationalisiert sind als im SKID-II, was mit einer Reduktion der Interraterreliabilität einhergehen dürfte. Das Merkmal „Wut und Reizbarkeit“, als eines der Kriterien für die Borderline Persönlichkeitsstörung, wird zum Beispiel im DSM-5-Vorschlag erfasst, indem der Diagnostiker die Ausprägung des Items: „Andauernde oder häufige Gefühle von Wut und Ärger, Wutausbrüche und Reizbarkeit als Reaktion auf geringfügige Beleidigungen, bössartiges und rachsüchtiges Verhalten“ beurteilt. Es wird jedoch nicht definiert, wie der Diagnostiker die nötigen Informationen erhebt, die zur Beurteilung des Kriteriums nötig sind. Im SKID-II - als strukturiertem Interview - ist das Kriterium verhaltensnaher und konkreter unter anderem über die Fragen „Schlagen Sie andere oder werfen Sie mit Gegenständen, wenn Sie wütend sind?“ und „Können selbst Kleinigkeiten Sie sehr wütend machen?“ operationalisiert. Demnach gehen die aktuell diskutierten Veränderungen für das DSM-5 mit dem Ziel der Erhöhung der Test-Retestreliabilität mit dem Risiko einer reduzierten Interraterreliabilität einher.

(2) Verbesserung der Validität

Strukturelle Validität

Als Reaktion auf die Kritik an der Validität der kategorialen Persönlichkeitsstörungsdiagnostik wurde von der Arbeitsgruppe „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“ des DSM-5 aus Skalen bestehender dimensionaler Modelle zur Erfassung adaptiver und maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale (z.B. MCMI-III, DAPP, SNAP²¹) sowie aus Umformulierungen der Kriterien des DSM-IV ein neues dimensionales Modell generiert (Krueger et al., 2011). Kritisiert wird hierbei jedoch, dass dieses neue Modell (1) nur maladaptive Aspekte der Persönlichkeit erfasst und adaptive Persönlichkeitsmerkmale nicht beachtet werden und (2) der Bezug dieses neuen Modells zur bestehenden Befundlage unklar ist (Widiger, 2011b). Auch Krueger et al. (2001) weisen darauf hin, dass zurzeit noch nicht genügend Daten zur Validierung dieses Ansatzes vorliegen. Daher kann die Frage, ob das aktuell für das DSM-5 vorgeschlagene dimensionale Modell die Struktur maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale und Persönlichkeitsstörungen besser abbildet als der kategoriale Ansatz nach DSM-IV, derzeit noch nicht eindeutig beantwortet werden.

²¹ MCMI-III: The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. DAPP: The Dimensional Assessment of Personality Pathology. SNAP: The Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality.

Ko-Prävalenz der Persönlichkeitsstörungen untereinander

Der aktuelle Vorschlag für das DSM-5 greift einen Aspekt auf, der immer wieder kritisiert wurde (u.a. Fydrich, 2008; Livesley et al., 1994) und sich auch in den Daten der vorliegenden Untersuchung deutlich zeigt: die häufigen Mehrfachdiagnosen verschiedener Persönlichkeitsstörungen (siehe hierzu Kapitel 4.2, S. 124 f.). Die für das DSM-5 geplante Reduktion der Anzahl der Persönlichkeitsstörungen von zehn (+ zwei Forschungsdiagnosen) auf sechs kann die hohen Ko-Prävalenzraten innerhalb dieser Störungsgruppe prinzipiell verringern. Dies ist jedoch auch davon abhängig, welche Persönlichkeitsstörungen ausgeschlossen werden. Bornstein (2011) weist darauf hin, dass im DSM-5 Persönlichkeitsstörungen mit hohen Ko-Prävalenzraten (z.B. Borderline Persönlichkeitsstörung) beibehalten werden, wodurch möglicherweise auch für das DSM-5 das Problem hoher „innerer Komorbidität“ fortbesteht. Auch in der vorliegenden Studie zählte die Borderline Persönlichkeitsstörung mit 81 % zu den Diagnosen, die am häufigsten gemeinsam mit anderen Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden.

Die hohe „innere Komorbidität“ steht im Zusammenhang mit sich teilweise überlappenden Diagnosekriterien unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV (Fydrich, 2008). Dieses Problem wird jedoch auch im aktuellen DSM-5-Vorschlag nicht gelöst: (1) Ängstlichkeit als Kriterium für die vermeidend-selbstunsichere und die Borderline Persönlichkeitsstörung, (2) Sozialer Rückzug als Kriterium für die vermeidend-selbstunsichere und die schizotype Persönlichkeitsstörung und (3) Feindseligkeit sowie Impulsivität als Kriterien für die antisoziale und die Borderline Persönlichkeitsstörung. Daher ist fraglich, ob die Reduktion und Konzeptualisierung der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-5 zu einer Verringerung der Häufigkeit von Mehrfachdiagnosen verschiedener Persönlichkeitsstörungen beiträgt.

Kriterien zum Ein- bzw. Ausschluss von Persönlichkeitsstörungen im DSM-5

Bornstein (2011) und Livesley (2011b) kritisieren das Vorgehen bei der Auswahl der Persönlichkeitsstörungen für das DSM-5. Für die Entscheidung, welche Persönlichkeitsstörungen aus dem DSM-5 ausgeschlossen werden sollen, wurden von der Arbeitsgruppe „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“ folgende Kriterien zugrunde gelegt: (1) eine geringe klinische Nützlichkeit der Diagnose (geringe Prävalenz, wenig Nutzen für die Therapieplanung) und (2) geringe Nachweise der Kriteriums- und prädiktiven Validität (Bornstein, 2011).

Bornstein (2011) kritisiert, dass die beiden genannten Kriterien nicht einheitlich über alle Persönlichkeitsstörungen hinweg angewandt wurden. So wurde zum Beispiel die zwanghafte Persönlichkeit wieder in den Katalog der Persönlichkeitsstörungen aufgenommen, obwohl - im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen - ihr Zusammenhang mit dem Funktionsniveau nur gering ausfällt.

Auch in unserer Studie zeigte sich, dass das Vorliegen einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung weniger eng mit einem ungünstigen Behandlungserfolg in Zusammenhang stand als das Vorliegen von Cluster B Persönlichkeitsstörungen bzw. einer vermeidend-selbstunsicheren und/oder dependenten Persönlichkeitsstörung (siehe Kapitel 4.5, S. 137 ff.). Außerdem kritisiert Bornstein (2011), dass die Arbeitsgruppe das Rationale ihrer Literatursuche zur Beurteilung der Kriterien nicht nachvollziehbar gemacht hat.

Arbiträre Cutoff-Werte

Auch der Kritikpunkt arbiträrer Cutoff-Werte für die im DSM-IV gelisteten Persönlichkeitsstörungen wird im Vorschlag des DSM-5 nicht gelöst. Moderate Beeinträchtigungen in der Personality Functioning Scale und moderate Ausprägungen mindestens einer der fünf Persönlichkeitsdimensionen in der Personality Trait Rating Form (jeweils Wert ≥ 2) werden als Cutoff-Wert für die Vergabe einer Persönlichkeitsstörung festgelegt. Für die Festlegung von Cutoff-Werten gibt es jedoch praktisch keine empirische Fundierung.

(3) Klinische Nützlichkeit

Die im Vergleich zum DSM-IV verringerte Verhaltensnähe der DSM-5-Kriterien könnte einen ungünstigen Einfluss auf die klinische Brauchbarkeit der neuen Konzeption haben. Clarkin und Huprich (2011) weisen darauf hin, dass Kriterien auf Verhaltensprobleme bezogen sein sollten, da Kliniker nicht Merkmale, sondern spezifische maladaptive Personen-Umwelt-Interaktionen behandeln. Über dies hinaus kritisieren die Autoren, dass der aktuelle DSM-5-Vorschlag für den klinischen Alltag zu komplex und zeitaufwendig ist und die Kommunizierbarkeit der Ergebnisse in der Profession im Vergleich zum DSM-IV erschwert sein wird.

Zusammenfassend macht die Diskussion des aktuellen Vorschlags für die Sektion „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“ des DSM-5 deutlich, dass fraglich ist, ob der neue Ansatz zu einer Verbesserung der Reliabilität, Validität und klinischen Brauchbarkeit gegenüber der Konzeptualisierung der Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV beiträgt. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung geben - in Übereinstimmung mit der Einschätzung mit Bornstein (2011) - Hinweise darauf, dass die Aufnahme der zwanghaften Persönlichkeitsstörung in das DSM-5 überdacht werden sollte, da diese Diagnose - im Vergleich zur vermeidend-selbstunsicheren und/oder dependenten Persönlichkeitsstörung und den Cluster B Persönlichkeitsstörungen - geringe Vorhersagekraft für den Behandlungserfolg bei Patienten mit Depressionen hat. Über dies hinaus macht die Diskussion deutlich, dass das Problem der hohen „Komorbidität“ innerhalb der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen durch geteilte Kriterien auch im DSM-5 fortgeführt wird. Entsprechend des Ergebnisses der vorliegenden Untersuchung, dass die Borderline Persönlichkeitsstörung am häufigsten gemeinsam mit anderen Persönlich-

keitsstörungen diagnostiziert wurde (81 %), ist besonders für diese Persönlichkeitsstörung auch im DSM-5 eine hohe Rate an Mehrfachdiagnosen zu erwarten.

Insgesamt gilt es zu prüfen, ob das Beibehalten der sechs vorgeschlagenen Persönlichkeitsstörungen im DSM-5 gerechtfertigt ist. Konsequenter wäre die Beschreibung einer Person anhand grundlegender Persönlichkeitsdimensionen, die sowohl maladaptive als auch adaptive Merkmale umfassen. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könnte in Folge, wie im aktuellen Vorschlag für das DSM-5 beschrieben, gegebenenfalls über eine Beeinträchtigung des funktionellen Niveaus der Persönlichkeit (*personality functioning*) vergeben werden.

4.9 Repräsentativität der Patientenstichprobe und Generalisierbarkeit der Befunde

In der vorliegenden Studie wurde die Wirksamkeit einer stationären Behandlung von depressiv erkrankten Patienten untersucht. Daher können die Befunde nur eingeschränkt auf ambulante Therapien bei unipolaren Depressionen übertragen werden. Weiterhin muss beachtet werden, dass die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Kliniken im TWW in Steglitz-Zehlendorf, einem der sozial privilegierten Bezirke Berlins, liegt. In Steglitz-Zehlendorf ist die Arbeitslosenrate geringer als in anderen Berliner Stadtteilen (Statistisches Landesamt Berlin, 2003). Die Arbeitslosenrate in der vorliegenden Studie (11 %) ist jedoch vergleichbar mit der Häufigkeit arbeitsloser Patienten aus einer Multizenterstudie von Härter et al. (2004, 9 %), in die über 3000 depressiv erkrankte Patienten aus 24 psychiatrischen Kliniken Deutschlands einbezogen wurden. Daher ist es unwahrscheinlich, dass die Generalisierbarkeit der Befunde aufgrund des Standortes der Klinik eingeschränkt ist.

Weiterhin muss darauf hingewiesen werden, dass in der vorliegenden Studie etwa die Hälfte der Patienten privat krankenversichert war und auf der psychiatrischen Wahlleistungsstation behandelt wurde. Der hohe Anteil privat krankenversicherter Studienteilnehmer hat möglicherweise zur Folge, dass die Anzahl und Art der erhaltenen Therapien sowie die Dauer des Klinikaufenthaltes nicht repräsentativ für die stationäre Behandlung depressiver Störungen in Deutschland ist. Ein Vergleich mit der Untersuchung von Härter et al. (2004), in der die Behandlungsangebote aus 24 psychiatrischen Kliniken in Deutschland erfasst wurden, unterstützt diese Vermutung jedoch nicht. Hinsichtlich der Häufigkeit von Einzelpsychotherapie (54 %) sowie der Häufigkeit derjenigen Patienten, die während des stationären Aufenthaltes keine depressionsspezifische Einzel- oder Gruppenpsychotherapie erhielten (35 %), ist die untersuchte Patientenstichprobe mit der von Härter et al. (2004; Einzelpsychotherapie: 53 %, keine spezifische Einzel- oder Gruppenpsychotherapie: 33 %) vergleichbar. Auch die Häufigkeit von Ergotherapie (91 %) und sporttherapeutischen Maßnahmen (80 %) stimmt weitgehend mit der Häufigkeit der beiden Therapieformen in der Studie von Härter et al. (2004; Ergothe-

rapie: 85 %, Bewegungstherapie: 72 %) überein. Unterschiede gibt es hinsichtlich der Häufigkeit von Entspannungsgruppen. In der vorliegenden Studie nahmen weniger Patienten an Entspannungsgruppen (19 %) teil als in der Studie von Härter et al. (2004; 46 %). Beim Vergleich der Liegezeiten zeigt sich, dass die mittlere stationäre Behandlungsdauer in der untersuchten Patientenstichprobe (59 Tage) mit der von Härter et al. (2004) berichteten mittleren Dauer des Klinikaufenthaltes bei Patienten mit unipolaren Depressionen (64 Tage) vergleichbar ist.

Auch hinsichtlich soziodemographischer Merkmale wie Alter (53 Jahre) und Geschlecht (63 % weiblich) entspricht die untersuchte Patientenstichprobe der von Härter et al. (2004), die einen Altersdurchschnitt von 54 Jahren und einen Anteil weiblicher Patienten von 67 % hatte. Auch hinsichtlich störungsbezogener Merkmale wie der Stärke der Symptomatik zu Behandlungsbeginn ist die hier untersuchte Stichprobe depressiv Erkrankter mit der Patientenstichprobe aus der Studie von Härter et al. (2004) vergleichbar. In der vorliegenden Untersuchung betrug der mittlere BDI-Wert zu Behandlungsbeginn 28 Punkte. Dies entspricht dem BDI-Wert von 27 Punkten in der Studie von Härter et al. (2004). Auch die Häufigkeit rezidivierender depressiver Störungen in der vorliegenden Untersuchung (39 %) ist mit der in der Studie von Härter et al. (2004; 36 %) vergleichbar.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die untersuchte Patientenstichprobe sowohl hinsichtlich soziodemographischer Merkmale wie Alter, Geschlecht und Arbeitslosenrate sowie störungsbezogener Merkmale wie der Symptomausprägung zu Behandlungsbeginn und der Häufigkeit rezidivierender Depressionen als auch der Dauer der stationären Behandlung und den erhaltenen Therapien mit der Patientenstichprobe aus der Multizenterstudie von Härter et al. (2004), in die über 3000 Patienten mit unipolaren Depressionen aus 24 psychiatrischen Kliniken Deutschlands einbezogen wurden, vergleichbar ist. Daher ist die Übertragbarkeit der vorliegenden Befunde auf die Gesamtpopulation der in Deutschland stationär behandelten Patienten mit der Primärdiagnose einer unipolaren Depression gerechtfertigt.

4.10 Stärken der Studie

Im Folgenden wird auf die besonderen Stärken dieser Untersuchung hingewiesen.

Externe Validität und Qualitätssicherung

In der vorliegenden Untersuchung wurde - im Sinne einer Versorgungsstudie - die Wirksamkeit (*effectiveness*) einer stationären Depressionsbehandlung unter den Alltagsbedingungen einer psychiatrischen Klinik mit regionalem Versorgungsauftrag untersucht. Die Ergebnisse haben aufgrund des naturalistischen Studiendesigns eine hohe externe Validität und können auf die Gesamtpopulation der stationär in Deutschland behandelten Patienten mit unipolaren Depressionen übertragen werden.

Über dies hinaus war das Forschungsprojekt Teil der Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Kliniken im TWW, wodurch ein Beitrag zu der vom Gesetzgeber geforderten Qualitätssicherung geleistet wurde (Fydrich, 2004). Positiv anzumerken ist weiterhin die - im Vergleich zu anderen Studien (Ball et al., 2000; Ezquiaga et al., 2004; Greenberg et al., 1995; Hart et al., 2001; Ilardi et al., 1992) - große Fallzahl von 168 untersuchten Patienten sowie die Untersuchung des längerfristigen Behandlungserfolges im Rahmen einer 1-Jahres-Katamnese.

Differenzierte Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen und Persönlichkeitsstörungen

Eine weitere methodische Stärke dieser Arbeit liegt in der differenzierten Untersuchung des Zusammenhangs zwischen (maladaptiven) Persönlichkeitsmerkmalen bzw. Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei depressiv erkrankten Patienten. Viele der bisherigen Studien haben lediglich untersucht, ob das Vorliegen mindestens einer Persönlichkeitsstörung mit einem weniger günstigen Erfolg einer Depressionsbehandlung einhergeht (u.a. Mulder et al., 2003; Schmitz et al., 1996; van den Hout et al., 2006). Es wurde jedoch bereits verschiedentlich darauf hingewiesen, dass dieser Zugang die Unterschiedlichkeit der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen außer Acht lässt (u.a. Greenberg et al., 1995; Ogrodniczuk et al., 2001). Daher wurde in der vorliegenden Studie - zusätzlich zum Zusammenhang zwischen dem Vorliegen mindestens einer Persönlichkeitsstörung und dem Behandlungserfolg - auch die Beziehung einzelner Persönlichkeitsstörungen mit dem Therapieergebnis untersucht.

Verschiedene Wissenschaftler (Fydrich, Schmitz, Dietrich et al., 1996; Livesley et al., 1994; Widiger & Sanderson, 1994) merken außerdem an, dass das den Persönlichkeitsstörungen zugrundeliegende Modell eher einem Trait-Modell entspricht. Deshalb stellt ein dimensionaler Untersuchungsansatz einen angemesseneren Zugang zur Erfassung der Persönlichkeit und ihrer maladaptiven Extremformen dar als die kategoriale Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Diesem Aspekt wurde in der vorliegenden Arbeit Rechnung getragen, indem anhand des SKID-II auch dimensionale Werte im Sinne von Ausprägungsgraden auf Persönlichkeitsfaktoren erhoben und ihr Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis untersucht wurden.

Einsatz angemessener und zuverlässiger diagnostischer Methoden

Die Diagnose der depressiven Störung sowie der Persönlichkeitsstörungen wurde anhand etablierter Verfahren (IDCL für depressive Episoden, SKID-II) durch geschulte klinische Diagnostiker vergeben. Weiterhin wurde auch die Stärke der Symptomatik zu Beginn und nach Abschluss des stationären Aufenthaltes sowie ein Jahr später anhand reliabler und valider Inventare erhoben. Hautzinger (2008) weist darauf hin, dass die Wirksamkeit von Behandlungen psychischer Störungen multimethodal erfasst werden sollte. Daher wurde in der vorliegenden Studie sowohl ein Selbst- als auch ein Fremd-

beurteilungsinventar (BDI bzw. HAMD₁₇) zur Erhebung der Depressionsausprägung eingesetzt. Neben der Depressivität als Primärkriterium für den Behandlungserfolg wurden zusätzlich die psychische Gesamtbelastung mit dem BSI sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität anhand des SF12 als störungsübergreifende Kriterien für den Gesundheitszustand erfasst. Aufgrund dieser multimethodalen Diagnostik konnte festgestellt werden, dass es auch von der Beurteilungsperspektive (Selbst- vs. Fremdbeurteilung) abzuhängen scheint, ob ein Unterschied in der Symptomausprägung zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen besteht. In der vorliegenden Untersuchung wiesen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in Selbst-, jedoch nicht in Fremdbeurteilungsverfahren der Symptomausprägung einen ungünstigeren kurzfristigen Behandlungserfolg auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

4.11 Limitationen der Studie

Verschiedene Aspekte des Studiendesigns, der Datenerhebung sowie der Durchführung der Untersuchung sind kritisch zu beurteilen. Auf diese Einschränkungen wird im Folgenden eingegangen.

4.11.1 Interne Validität

Das naturalistische Design der Studie begünstigt einerseits zwar die externe Validität der Ergebnisse, bringt jedoch andererseits auch einige methodische, vor allem die interne Validität betreffende Einschränkungen mit sich. Es wurde der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen und dem Erfolg einer stationären Depressionsbehandlung unter klinischen Alltagsbedingungen untersucht (*effectiveness study*). Dies beinhaltete auch eine nicht kontrollierte Behandlung, die an die individuellen Bedürfnisse der Patienten angepasst war.

Infolge zeigten sich auch (nicht intendierte) Unterschiede in der Behandlung zwischen den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erhielten während des stationären Aufenthaltes tendenziell ($p < .10$) häufiger kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzelgespräche als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Außerdem waren sie im ersten Jahr nach der stationären Behandlung häufiger an eine psychiatrische Institutsambulanz (zumeist in den Kliniken im TWW) angebunden und nahmen häufiger an Gruppentherapien teil als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Hinsichtlich der psychopharmakologischen Behandlung zeigte sich, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen während des stationären Aufenthaltes häufiger eine Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika, jedoch seltener mit Stimmungsstabilisierern (z.B. Lithium, Valproat) erhielten als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Auch ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt wurden Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weiterhin tendenziell ($p < .10$) häufiger mit atypischen Neuroleptika augmentiert als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Außerdem unterschieden sich Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen auch hinsicht-

lich weiterer den Behandlungserfolg potenziell beeinflussender Merkmale wie der Symptomschwere zu Behandlungsbeginn signifikant voneinander.

Um sicherzustellen, dass die in dieser Arbeit gezeigten Unterschiede im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen nicht auf die genannten Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen zurückzuführen sind, wurde - im Sinne der Sicherung der internen Validität durch die statistische Kontrolle konfundierender Variablen - mit Hilfe von Regressionsanalysen der Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg unabhängig von Merkmalen, in denen sich die beiden Patientengruppen unterscheiden, untersucht.

Weiterhin muss bezüglich der internen Validität einschränkend darauf hingewiesen werden, dass eine randomisierte Auswahl der Patienten für die Studienteilnahme im Rahmen der Untersuchung der Wirksamkeit einer psychiatrischen Akutbehandlung der Depression im praktischen Alltag einer Klinik mit Versorgungsauftrag nicht umsetzbar war. Über dies hinaus kann nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden, dass die Abnahme der Symptomschwere in den eingesetzten Inventaren allein auf die stationäre Behandlung zurückgeführt werden kann. Möglicherweise stehen die Effekte mit anderen zufälligen und spontanen Veränderungen in Zusammenhang (Hautzinger, 2008). Effekte der zeitlichen Remission der Symptomatik sowie der Regression zur Mitte konnten aufgrund des Fehlens einer unbehandelten Kontrollgruppe nicht kontrolliert werden. Der Vergleich mit einer unbehandelten Kontrollgruppe bzw. einer Wartelistengruppe ist in einer naturalistischen Studie, die in den Klinikalltag einer Akutpsychiatrie eingebettet ist, jedoch kaum umsetzbar. Außerdem ist ein solcher Vergleich für die Untersuchung der Frage, ob sich depressiv erkrankte Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich ihres Behandlungserfolgs unter Alltagsbedingungen einer stationären Behandlung unterscheiden, auch nicht zwingend notwendig, da davon ausgegangen werden kann, dass sich die Effekte in vergleichbarer Weise sowohl auf Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen auswirken.

4.11.2 Patientenverlust

Wie in der Mehrzahl klinischer Untersuchungen kam es auch in der vorliegenden Studie zu einem Patientenverlust durch fehlende Werte (*attrition*) sowie Behandlungs- und Katamneseabbrüche (*dropout*). Es wurde entschieden, eine Endpunktanalyse durchzuführen, das heißt es wurden nur diejenigen Patienten in die Datenauswertung eingeschlossen, für die Werte zu allen drei Messzeitpunkten vorlagen. Hollis und Campbell (1999) weisen jedoch darauf hin, dass die klinische Effektivität überschätzt wird, wenn anstelle einer *Intent-to-treat*-Analyse eine Endpunktanalyse durchgeführt wird. Bei einer *Intent-to-treat*-Analyse werden alle Patienten, für die Werte zum Prä-Messzeitpunkt vorliegen, in die Auswertung einbezogen, indem für ihre fehlenden Werte für alle folgenden Messzeitpunkte Schätzungen vorgenommen werden. Eine häufig eingesetzte Methode zur Schätzung dieser fehlenden Werte in der klinischen Forschung ist

die *Last-observation-carried-forward*-Methode. Hierbei werden die fehlenden Werte durch den letzten zur Verfügung stehenden Messwert ersetzt, wobei angenommen wird, dass das Behandlungsergebnis nach dem letzten vorliegenden Messzeitpunkt konstant bleibt (Little & Yau, 1996).

Diese Annahme und daher der Einsatz der *Last-observation-carried-forward*-Methode war jedoch für die vorliegende Studie nicht gerechtfertigt, da für Patienten mit fehlenden Werten zum Post-Messzeitpunkt die letzte Messung zu Behandlungsbeginn vorlag. Damit würde davon ausgegangen werden, dass Patienten, die während der stationären Behandlung aus der Studie „herausfielen“, keine Veränderung ihrer Symptomausprägung vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt gezeigt hätten. 10 % der Patienten wurden jedoch zum Beispiel aus der Studie ausgeschlossen, da sie innerhalb von drei Wochen in die Psychosomatische Abteilung der Kliniken im TWW verlegt wurden. Es ist sehr unwahrscheinlich, dass für diese Patienten die Prä-Werte eine valide Schätzung ihrer Symptomatik nach der Behandlung darstellen. Auch für Patienten, die nicht bereit waren, an der Post-Messung teilzunehmen, jedoch länger als drei Wochen stationär behandelt wurden (27 %), wäre eine Schätzung der Post-Werte auf Grundlage ihrer Prä-Werte nicht valide gewesen.

Es gibt Vorschläge, fehlende Werte in der klinischen Forschung auf Grundlage der Informationen über die Behandlung nach dem Ausscheiden aus der Studie zu schätzen (Little & Yau, 1996). Dies war jedoch in der vorliegenden Studie nicht möglich, da keine Informationen über die weitere Behandlung von Dropout-Patienten vorlagen. Es wäre wünschenswert gewesen, die Symptomausprägung der Patienten im Laufe der stationären Behandlung häufiger (z.B. wöchentlich) zu erfassen, um im Falle des vorzeitigen Ausscheidens aus der Studie ein valideres Maß zur Schätzung des Behandlungserfolgs zur Verfügung zu haben. Dies sollte in zukünftigen Forschungsarbeiten berücksichtigt werden.

Dropoutanalyse

Eine Alternative, um zu untersuchen, ob durch Patientenverlust die Aussagekraft der Ergebnisse beeinträchtigt wird, ist die Durchführung einer Dropoutanalyse. Hierbei wird überprüft, ob sich die Patienten, die in die Auswertung einbezogen wurden, von den Patienten, die aus der Studie ausgeschlossen wurden, hinsichtlich relevanter Merkmale unterscheiden.

In der vorliegenden Studie wurden 61 Patienten (22 %) aufgrund (1) einer stationären Behandlungsdauer von weniger als 21 Tagen, (2) der Teilnahme an weniger als sechs von acht Sitzungen der Gruppentherapien, deren Wirksamkeit im Rahmen des Forschungsprojektes auch untersucht wurde (siehe hierzu Hoffmann, 2010), (3) fehlender Inventare zum Post-Messzeitpunkt oder (4) der Verweigerung der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik aus der Studie ausgeschlossen. Diese Patienten unterschieden sich von den 168 Patienten, die an den drei Messzeitpunkten teilnahmen, lediglich dahinge-

hend, dass bei ihnen häufiger komorbide Achse I Störungen diagnostiziert wurden. Bezüglich soziodemographischer Merkmale und der Stärke der Symptomatik zu Behandlungsbeginn gab es jedoch keine Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen.

Da einige Patienten, die aus der Studie ausgeschlossen wurden, die Persönlichkeitsstörungsdiagnostik ablehnten oder weniger als drei Wochen stationär behandelt wurden (die Persönlichkeitsstörungsdiagnostik wurde erst am Ende der dritten Woche des Klinikaufenthaltes durchgeführt), konnte nur bei 17 der 61 von der Studienteilnahme ausgeschlossenen Patienten das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen überprüft werden. Bei diesen 17 Patienten lag nicht häufiger eine Persönlichkeitsstörung vor als bei den 168 in die Studie eingeschlossenen Patienten. Es kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass bei den verbleibenden 44 Patienten, bei denen die Persönlichkeitsstörungsdiagnostik nicht durchgeführt werden konnte, häufiger Persönlichkeitsstörungen vorlagen als bei den Patienten, die in die Datenauswertung eingeschlossen wurden. Deshalb besteht das Risiko, dass mehr Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aus der Studie „herausfielen“ als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Daher muss die Frage unbeantwortet bleiben, ob eventuell gerade die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die besonders beeinträchtigt waren und einen besonders ungünstigen Behandlungserfolg gezeigt hätten, nicht in die Auswertung eingeschlossen werden konnten. Diese Einschränkung muss bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Arbeit berücksichtigt werden.

Für den dritten Messzeitpunkt ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt konnten 76 % der 222 Patienten, die am Prä- und Post-Messzeitpunkt teilnahmen, gewonnen werden. Diese Rücklauffrate ist vergleichbar mit der aus einer Studie von Ezquiaga et al. (2004), in der ein Jahr nach der Akutbehandlung 79 % der untersuchten Patienten für die Katamneseerhebung gewonnen werden konnten. Im Vergleich zu Studien von Alnaes und Torgersen (1997, 6-Jahres-Katamnese: 85 %) sowie Ball et al. (2000, 1-3-Jahres-Katamnese: 87 %) war die Rücklauffrate in der vorliegenden Studie etwas geringer, wobei in den Studien von Alnaes und Torgerson (1997) und Ball et al. (2000) vor allem ambulante Patienten untersucht wurden. Möglicherweise haben initial ambulant behandelte Patienten einen geringeren Schweregrad der Erkrankung und damit eine vergleichsweise höhere Bereitschaft zur Teilnahme an Nachfolgeuntersuchungen.

Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Patienten, die für die Follow-up-Untersuchung gewonnen werden konnten, und den Patienten, die nicht an der Katamnese teilnahmen, hinsichtlich störungs- und behandlungsrelevanter Merkmale festgestellt werden. Es zeigte sich lediglich tendenziell ($p < .10$), dass: (1) Männer seltener an der Katamnese teilnahmen als Frauen und (2) Patienten, die nicht an der Katamnese teilnahmen, jünger waren sowie (3) während des stationären Aufenthaltes weniger Therapien erhielten als Patienten, die für die Katamnese gewonnen werden konnten. Befunde verschiedener Studien (u.a. Bagby et al., 2002; Ezquiaga et al., 2004; Melartin

et al., 2004) weisen darauf hin, dass weder das Geschlecht noch das Alter bedeutsame Prädiktoren für den langfristigen Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen sind.

Dass Patienten, die nicht an der Follow-up-Untersuchung teilnahmen, im Rahmen der stationären Behandlung vergleichsweise weniger Therapien erhielten, kann möglicherweise zu einer geringeren Behandlungszufriedenheit in dieser Patientengruppe beigetragen haben. Diese könnte wiederum mit einer verringerten Bereitschaft zur Teilnahme an der katamnestischen Untersuchung in Zusammenhang stehen. Beim Vergleich der Patienten, die nicht für die Katamnese gewonnen werden konnten, mit den Patienten, die an der Katamnese teilnahmen, zeigte sich jedoch, dass es keinen Unterschied hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit erfasst anhand des *Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit* (ZUF; Schmidt, Lamprecht & Wittmann, 1989) zwischen den beiden Patientengruppen gab²² (statistische Kennwerte siehe Tabelle 0.14 im Anhang C, S. 219).

Über dies hinaus lagen keine Unterschiede hinsichtlich relevanter Merkmale wie der Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen oder der Stärke der Symptomatik vor und nach der stationären Behandlung zwischen den beiden Patientengruppen vor. Zusammenfassend kann daher davon ausgegangen werden, dass die Unterschiede zwischen den Patienten, die nicht für die Katamnese gewonnen werden konnten, und den Patienten, die an der Follow-up-Erhebung teilnahmen, nicht mit einer bedeutsamen Verzerrung der Daten und damit einer Beeinträchtigung der Validität der Befunde zum längerfristigen Behandlungserfolg bei Patienten mit unipolaren Depressionen einhergehen.

4.11.3 Ein- und Ausschlusskriterien

In der vorliegenden Untersuchung lagen weitestgehend klare Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme vor (siehe Kapitel 2.1.2, S. 36 f.). Kritisiert werden kann jedoch das Kriterium der eingeschränkten Gruppenfähigkeit. Patienten wurden unter anderem dann von der Studienteilnahme ausgeschlossen, wenn entsprechend der Einschätzung der leitenden Psychologin die Gruppenfähigkeit durch akute Suizidalität oder schwere Konzentrations- und Denkstörungen eingeschränkt war. Dies könnte möglicherweise zu einem Bias hinsichtlich des Ausschlusses besonders schwer erkrankter Patienten beigetragen haben. Da die untersuchte Patientenstichprobe jedoch hinsichtlich der Depressionsschwere zu Behandlungsbeginn ($M_{BDI} = 27.6$) mit der Patientenstichprobe aus einer Studie von Härter et al. (2004), in die über 3000 Patienten mit unipolaren Depressionen aus 24 Kliniken in Deutschland einbezogen wurden ($M_{BDI} = 26.6$), vergleichbar ist, ist solch ein Bias unwahrscheinlich.

²² Im Rahmen des Forschungsprojektes wurde auch die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung anhand des *Fragebogens zur Messung der Patientenzufriedenheit* (Schmidt et al., 1989) erfasst.

4.11.4 Diagnostik komorbider Achse I Störungen

Es muss kritisch angemerkt werden, dass die Diagnosen komorbider Achse I Störungen in der vorliegenden Studie nicht anhand standardisierter Verfahren gestellt wurden, sondern das klinische Urteil der behandelnden Psychiater darstellten. In der vorliegenden Studie wurden bei 15 % der depressiv erkrankten Patienten zusätzlich Substanzstörungen, bei 13 % Angststörungen und bei 1 % eine dysthyme Störung diagnostiziert. Im Gegensatz dazu war in Studien, in denen strukturierte Interviews zur Diagnosestellung eingesetzt wurden, die Häufigkeit komorbider Achse I Störungen bei depressiv erkrankten Patienten deutlich höher. In einer Studie von Kupfer und Frank (2003) zum Beispiel lag die Häufigkeit komorbider Substanzstörungen bei 27 %. Gui et al. (2010) berichten, dass 36 % der von ihnen untersuchten depressiv erkrankten Patienten eine komorbide Angststörung und 14 % eine dysthyme Störung aufwiesen. In einer Studie von Melartin et al. (2002), in der psychiatrisch behandelte depressiv erkrankte Patienten untersucht wurden, wurde sogar bei 57 % der Patienten eine komorbide Angststörung diagnostiziert.

Zusammenfassend weisen diese Befunde auf das Risiko hin, dass in der vorliegenden Untersuchung einige Symptomstörungen nicht erkannt bzw. aufgrund ihrer geringen Relevanz für die akutpsychiatrische Behandlung (z.B. spezifische Phobien) nicht in der Patientenakte aufgeführt wurden, und dadurch die Häufigkeit komorbider Achse I Störungen unterschätzt wurde.

4.11.5 Erhebung der KatamneseDaten

Die Durchführung der 1-Jahres-Katamnese beinhaltete (1) die postalische Zusendung der Fragebögen BDI, BSI und SF12 sowie eines Fragebogens zur Erfassung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen im ersten poststationären Jahr und (2) die telefonische Durchführung der HAMD₁₇. Über dies hinaus wurde am Telefon das Auftreten depressiver Episoden im Katamnesezeitraum erfragt. Hierbei wurde, sobald der Patient die Screeningfrage zum Vorliegen depressiver Symptome im vergangenen Jahr bejahte²³, das Vorliegen einer depressiven Episode im ersten Jahr nach dem stationären Aufenthalt anhand der IDCL überprüft.

Bei diesem Vorgehen muss jedoch beachtet werden, dass nach Hart et al. (2001) das Risiko besteht, dass die Genauigkeit des Erinnerns an depressive Symptome aufgrund des großen Zeitintervalls von einem Jahr eingeschränkt und damit die retrospektive Beurteilung des Vorliegens depressiver Episoden wenig valide ist. Weiterhin kann nicht differenziert werden, ob mit dem Kennwert „Depressive Episode im Katamnesezeitraum“ Rückfälle (Wiederauftreten depressiver Symptome während Remission), Wie-

²³ Screeningfrage: „Hatten Sie im letzten Jahr eine Phase, in der Sie sich mindestens zwei Wochen lang jeden Tag niedergeschlagen und bedrückt fühlten, antriebslos waren oder das Interesse an Dingen und Aktivitäten verloren hatten, die Ihnen sonst Freude machten?“

dererkrankungen (neue depressive Episode nach Recovery) oder chronische depressive Störungen erfasst wurden, da lediglich überprüft wurde, ob, jedoch nicht wann im vorangegangenen Jahr mindestens einmal die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt waren.

Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass sich die Aussagen der vorliegenden Untersuchung zum Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen und dem längerfristigen Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen weitestgehend auf einen sehr eng umgrenzten Zeitraum (eine Woche) ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt beschränken. Abgesehen von dem Kennwert „Depressive Episode im Katamneseintervall“ können keine Aussagen über den Verlauf der Symptomatik im ersten Jahr nach dem stationären Aufenthalt gemacht werden. Hierzu wäre der Einsatz symptomorientierter Fragebögen in kürzeren zeitlichen Abständen nötig gewesen. Die Realisierung häufigerer Follow-up-Messungen war jedoch aufgrund begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen im Rahmen dieses Forschungsprojektes nicht möglich. Eine weitere Alternative wäre der Einsatz der *Longitudinal Interval Follow-up Evaluation* (LIFE) von Keller et al. (1987) gewesen. Bei diesem strukturierten Interview wird retrospektiv für eine vorher definierte Zeiteinheit im Katamnesezeitraum, zum Beispiel jeden Monat, eine Beurteilung der Symptomausprägung vorgenommen, wodurch eine Rekonstruktion des Krankheitsverlaufs möglich ist. Aufgrund der begrenzten personellen Ressourcen und der unklaren Validität des Verfahrens bei einem Katamnesezeitraum von einem Jahr wurde sich jedoch gegen den Einsatz dieses zeitlich sehr aufwendigen Interviews entschieden.

Außerdem muss einschränkend darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen der Katamneseerhebung lediglich erfragt wurde, welche Psychopharmaka die Patienten *aktuell* erhielten. Es wurden jedoch keine Informationen über die psychopharmakologische Behandlung während des ersten poststationären Jahres erfasst.

Auch die telefonische Durchführung des HAMD₁₇-Interviews zum Follow-up-Messzeitpunkt muss kritisch diskutiert werden. Bei der *face-to-face*-Durchführung der HAMD₁₇ basiert die Beurteilung von Item 8 (Depressive Hemmung) und Item 9 (Psychomotorische Unruhe) nicht auf dem Selbstbericht des Patienten, sondern stellt eine Einschätzung des im Rahmen des Interviews beobachtbaren Verhaltens des Patienten durch den Diagnostiker dar. Bei der telefonischen Interviewdurchführung ist eine Verhaltensbeobachtung jedoch nur eingeschränkt möglich. Dadurch ist die Beurteilung des Ausmaßes der depressiven Hemmung erschwert und die Beurteilung der Stärke der sichtbaren psychomotorischen Unruhe durch den Interviewer nicht möglich.

Entsprechend eines Vorschlags von Pott et al. (1990) wurde daher in der vorliegenden Studie das telefonische HAMD₁₇-Interview dahingehend modifiziert, dass die Beurteilung der psychomotorischen Unruhe auf Grundlage des Selbstberichts des Patienten vorgenommen wurde. Hierbei wurden folgende Fragen eingesetzt: (1) „Fühlen Sie sich ruhelos?“, (2) „Sind Sie gerade zappelig?“, (3) „Spielen Sie mit ihren Fingern/Haaren“, (4)

„Kauen Sie gerade Nägel?“, (5) „Sitzen Sie gerade still oder müssen Sie immer wieder aufstehen und hin- und herlaufen?“.

Das Item zur Erfassung depressiver Hemmung erfordert vom Diagnostiker die Beurteilung einer Verlangsamung im Denken und Sprechen sowie der Konzentrationsfähigkeit und der motorischen Aktivität des Patienten. Entsprechend des Vorschlags von Potts et al. (1990) wurde bei der telefonischen Durchführung des Interviews die Beurteilung der motorischen Aktivität bei der Einschätzung der Stärke der depressiven Hemmung ausgelassen und lediglich die Verlangsamung im Denken und Sprechen sowie der Konzentrationsfähigkeit beurteilt. Entsprechend der Befunde von Potts et al. (1990) hat dieses Vorgehen bei der telefonischen Durchführung der HAMD₁₇ keinen Effekt auf die Erfassung der Depressivität im Vergleich zur *face-to-face*-Interviewadministration, so dass zusammenfassend auch in der vorliegenden Untersuchung keine Beeinträchtigung der Validität der HAMD₁₇-Werte zum Katamnesezeitpunkt durch die telefonische Durchführung des HAMD₁₇-Interviews zu erwarten ist.

4.11.6 Beurteilerbias

In der vorliegenden Untersuchung konnte aufgrund begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen die Fremdbeurteilung der Depressionsausprägung anhand der HAMD₁₇ nicht von unabhängigen, gegenüber dem Studiendesign und den Interventionen „blinden“ Beurteilern durchgeführt werden. Daher wurde die Depressivität sowohl zu Beginn als auch nach Abschluss der stationären Behandlung durch die leitende Psychologin der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Kliniken im TWW, die gleichzeitig eine der drei Studienverantwortlichen war, erfasst.

Es kann nun vermutet werden, dass ihr Interesse am Nachweis einer möglichst guten Wirksamkeit der Depressionsbehandlung in den Kliniken im TWW die Erhebung der Depressionsausprägung anhand der HAMD₁₇ beeinflusst hat. Als Hinweis für das Zutreffen dieser Vermutung kann der Befund gewertet werden, dass die Effektstärke für die Abnahme der Depressivität anhand der HAMD₁₇ in der vorliegenden Untersuchung ($d = 3.1$) höher war als die Effektstärke aus einer Studie von Hautzinger et al. (1996, $d = 2.3$), in der die Diagnostiker gegenüber der Behandlung „verblindet“ waren.

Eine Verzerrung der Ergebnisse zu Unterschieden im Behandlungserfolg von Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen durch diesen Bias kann jedoch ausgeschlossen werden, da die Fremdbeurteilung der Depressivität zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt einerseits und die Persönlichkeitsstörungsdiagnostik andererseits durch zwei verschiedene Diagnostikerinnen durchgeführt wurde, die sich über die Ergebnisse der Interviews nicht austauschten. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass das Wissen über die Persönlichkeitsstörungsdiagnose keinen Einfluss auf die Beurteilung der Depressivität im Sinne eines *expectation bias* hatte (Bandelow & Broocks, 2002). Da der HAMD₁₇-Diagnostikerin keine Informationen über die Persönlichkeitsstörungsdiagnose vorlagen, kann davon ausgegangen werden, dass sich der Bias bezüg-

lich einer stärkeren Reduktion der HAMD₁₇-Werte vom Aufnahme- zum Entlassungszeitpunkt in gleichem Maße sowohl auf die Patientengruppe mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen ausgewirkt hat.

Ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt wurde das telefonische HAMD₁₇-Interview von derjenigen Diagnostikerin durchgeführt, die während des stationären Aufenthaltes auch die Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert hatte. Es wurde jedoch sichergestellt, dass der Diagnostikerin zum Katamnesezeitpunkt keine Informationen über die Persönlichkeitsstörungsdiagnosen vorlagen, und es kann davon ausgegangen werden, dass eine Erinnerung an die ein Jahr zuvor gestellten Diagnosen unwahrscheinlich ist.

Die vorliegende Studie war in die Behandlungsroutine einer Klinik mit Versorgungsauftrag integriert, weshalb die Rückmeldung der Ergebnisse der Persönlichkeitsstörungsdiagnostik an den jeweiligen behandelnden Psychiater notwendig war. Daher besteht für die Post-Messung das Risiko einer Konfundierung der GAF- und CGI-Ratings, die von dem behandelnden Psychiater durchgeführt wurden, mit dem Wissen über die Persönlichkeitsstörungsdiagnose. Da im klinischen Alltag jedoch die Annahme weit verbreitet ist, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen schwerer behandelbar sind als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (Saulsman et al., 2006), wäre ein Bias hinsichtlich einer - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - geringeren Funktionsfähigkeit (GAF) sowie eines höheren Schweregrades der Erkrankung (CGI) bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu erwarten gewesen. Nach Abschluss der stationären Behandlung lag jedoch kein Unterschied in den GAF- und CGI-Ratings zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen vor, so dass eine Konfundierung der GAF- und CGI-Werte mit dem Wissen über die Persönlichkeitsstörungsdiagnose unwahrscheinlich ist.

4.11.7 Reliabilitätsuntersuchungen

Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen der vorliegenden Studie keine Untersuchung der Interraterreliabilitäten für die Diagnoseinstrumente (IDCL, SKID-II) und die Fremdbeurteilungsinventare zur Erfassung der Symptomschwere (GAF, CGI, HAMD₁₇) durchgeführt wurde, da der methodische Aufwand einer Reliabilitätstestung im Rahmen dieser naturalistischen Evaluationsstudie nicht geleistet werden konnte. Die Diagnostiker wurden jedoch in der Durchführung der Inventare geschult und sowohl für das SKID-II (Maffai et al., 1995), die IDCL für depressive Episoden (Hiller, 2005), die GAF (Lange & Heuft, 2005) als auch die HAMD (CIPS, 2005) kann beim Einsatz trainierter klinischer Rater von guten bis sehr guten Interraterreliabilitäten ausgegangen werden. Lediglich für die CGI, die jedoch nicht in die hypothesengeleitete Auswertung in dieser Arbeit eingeschlossen wurde, ist die Befundlage hinsichtlich der Güte der Übereinstimmung unterschiedlicher Diagnostiker heterogen (Müller, 2005).

4.11.8 Statistische Analysen

Varianzanalytische Auswertungen

Die Ergebnisse dieser Arbeit beruhen überwiegend auf zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung auf einem Faktor. Die Voraussetzungen für die Durchführung von Varianzanalysen mit Messwiederholung (u.a. Homogenität der Varianzen und der Varianz-Kovarianzmatrizen, Abwesenheit uni- und multivariater Ausreißerwerte) waren jedoch für einige abhängige Variablen verletzt. Daher wurden - wie von Field (2005) empfohlen - bei Voraussetzungsverletzungen Datentransformationen der abhängigen Variablen (Wurzel- und reziprok-Transformationen) durchgeführt.

Nach der Datentransformation war die Voraussetzung homogener Varianzen bzw. homogener Varianz-Kovarianzmatrizen für alle durchgeführten Analysen gegeben. Weiterhin lagen keine uni- und multivariaten Ausreißerwerte mehr vor. Für die multivariaten Varianzanalysen konnte die Linearität der Beziehungen zwischen den abhängigen Variablen angenommen werden. Das Auftreten von Multikollinearität der abhängigen Variablen wurde in der eingesetzten SPSS GLM Prozedur automatisch kontrolliert (Tabachnick & Fidell, 2007). Die Sphäritätsannahme war in allen Analysen (mit Ausnahme PSF12 und KSF12) verletzt, weshalb ein multivariater Zugang zur Analyse von Messwiederholungen verwendet wurde, bei dem Sphärität nicht vorausgesetzt wird (*multivariate approach to repeated measures*; Tabachnick & Fidell, 2007).

Die Normalverteilung der Werte war für verschiedene abhängige Variablen nicht gegeben. Entsprechend des zentralen Grenzwerttheorems nähert sich jedoch die Stichprobenverteilung der Mittelwerte ab einem $N \geq 30$ einer Normalverteilung an, auch wenn die Rohwerte nicht normal verteilt sind (Bortz, 1999). Die Stichprobengröße der Patientengruppe mit mindestens einer Persönlichkeitsstörung betrug $N = 68$ und die der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen $N = 100$. Daher kann für die Analysen zum Zusammenhang zwischen dem Vorliegen mindestens einer Persönlichkeitsstörung und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen die Voraussetzung der Normalverteilung als erfüllt angesehen werden. Die Stichprobengrößen der Patientengruppen mit ausschließlich Cluster B, zwanghafter bzw. selbstunsicherer/dependenter Persönlichkeitsstörung betrugen jedoch $N < 30$. Da aber die Voraussetzung homogener Varianzen bzw. Varianz-Kovarianzmatrizen erfüllt war, konnte das Pillai-Spur-Kriterium (F -Wert) verwendet werden, das bei ungleichen Stichprobengrößen und Homogenität der Varianz-Kovarianzmatrizen gegenüber möglichen Verletzungen der (multivariaten) Normalverteilung robust ist (Field, 2005).

Regressionsanalysen

Anhand von Regressionsanalysen wurde der Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen und der Symptomschwere zum Entlassungs- bzw. Katamnesezeitpunkt unabhängig von Variablen untersucht, in denen sich die Patienten-

gruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen unterschieden. Für die Analysen mit den Werten im BDI zum Entlassungszeitpunkt sowie den Werten in der HAMD₁₇ und im KSF12 zum Katamnesezeitpunkt als abhängige Variablen war jedoch die Voraussetzung der Homoskedastizität nicht erfüllt. Heteroskedastizität wirkt sich wegen inkorrektur Schätzungen der Varianzen der Regressionsgewichte negativ auf die Konfidenzintervalle aus (Bühner & Ziegler, 2009). Daher sollten die Ergebnisse dieser Regressionsanalysen mit Vorsicht interpretiert werden.

Geringe Stichprobenumfänge

Eine wesentliche Einschränkung betrifft die geringen Umfänge der Patientengruppen mit ausschließlich vermeidend-selbstunsicherer und/oder dependenter ($n = 11$), zwanghafter ($n = 13$) bzw. Cluster B ($n = 12$) Persönlichkeitsstörung. Auch für die Analyse des Zusammenhangs zwischen den Ausprägungsgraden der Persönlichkeitsfaktoren des DSM-IV (dimensionale SKID-II-Scores) und dem Behandlungserfolg waren die Stichprobenumfänge gering. Ein kleiner Stichprobenumfang geht mit einem großen β -Fehler und demnach einer geringen Teststärke einher, so dass möglicherweise bedeutsame Unterschiede keine statistische Signifikanz erreichen. Insgesamt wären für die Untersuchung des Zusammenhangs zwischen einzelnen Persönlichkeitsstörungen bzw. den dimensionalen Ausprägungen der Persönlichkeitsfaktoren und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen größere Stichprobenumfänge wünschenswert gewesen.

Weiterhin sei angemerkt, dass - neben dem Vergleich der prädiktiven Validität einer dimensional Beurteilung der diagnostischen Konstrukte mit der Vorhersagekraft des kategorialen Modells - auch die Untersuchung der inkrementellen Validität bei dimensionaler bzw. kategorialer Erfassung von Persönlichkeitsmerkmalen gewinnbringend gewesen wäre. Aufgrund der geringen Stichprobenumfänge waren jedoch regressionsanalytische Berechnungen mit dem vorliegenden Datensatz nicht möglich.

4.12 Fazit zur methodischen Qualität der Studie

Leichsenring und Rüger (2004) haben für naturalistische, versorgungsnahe Therapiestudien methodische Kriterien entwickelt. Naturalistische (Psycho-)Therapiestudien mit hohem methodischen Standard zeichnen sich demnach durch folgende Merkmale aus: (1) klinisch repräsentative Behandlung, (2) Patienten mit definierten Krankheitsbildern, (3) prospektives Studiendesign, (4) blinde Ratings, (5) klare Ein- und Ausschlusskriterien, (6) Einsatz reliabler und valider diagnostischer Methoden und Erfolgsmaße, (7) hinreichend große Stichprobengröße für eine angemessene Teststärke, (8) klar beschriebene statistische Methoden, (9) Mitteilung von Dropout-Raten, (10) möglichst weitgehende Sicherung der internen Validität (z.B. durch statistische Kontrolle), (11) Vorhersage komplexer Ergebnismuster (z.B. Interaktionsanalysen) sowie (12) für den Vergleich zweier Behandlungsbedingungen: nicht-randomisierte Vergleichsbedingungen (Matching, Stratifizierung).

Aus der vorhergehenden Diskussion der methodischen Stärken und Limitationen der vorliegenden Studie kann zusammenfassend geschlossen werden, dass mit Ausnahme der Kriterien (4) blinde Ratings der Erfolgsmaße HAMD₁₇, GAF und CGI sowie (7) hinreichend große Stichprobengröße für eine angemessene Teststärke bei der Untersuchung des Zusammenhangs einzelner Persönlichkeitsstörungen sowie der Ausprägungsgrade der Persönlichkeitsfaktoren mit dem Behandlungserfolg, die Anforderungen an eine methodisch hochwertige naturalistische, versorgungsnahe Evaluationsstudie weitgehend erfüllt sind.

4.13 Implikationen für Forschung und klinische Praxis

Im Folgenden wird auf die Implikationen der Untersuchungsergebnisse für die zukünftige Forschung und die klinische Praxis eingegangen.

Implikationen für die Forschung

In der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass sowohl depressiv erkrankte Patienten mit als auch ohne Persönlichkeitsstörungen im Rahmen einer stationären Behandlung eine bedeutsame Symptomreduktion erreichen, deren Ausmaß in den beiden Patientengruppen vergleichbar ist. Der Befund, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen genauso gut von einer akuten Depressionsbehandlung profitieren wie Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, stimmt mit Ergebnissen verschiedener anderer Studien überein (u.a. Ball et al., 2000; Mulder et al., 2003; Schiavone et al., 2006, Schmitz et al., 1996). Im Gegensatz dazu ist die Befundlage zum Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen und der Symptomschwere zum Abschluss der Behandlung und besonders dem längerfristigen Krankheitsverlauf bei depressiv erkrankten Patienten heterogen. Hierfür können vor allem zwei Gründe diskutiert werden: (1) die fragliche Validität der Persönlichkeitsstörungen und (2) die methodische Heterogenität der Studien zum Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei Depressionen (Mulder, 2002).

Die Validität der im DSM-IV gelisteten Persönlichkeitsstörungen und ihrer Diagnostik wird unter anderem wegen der häufigen Mehrfachdiagnosen unterschiedlicher Persönlichkeitsstörungen, den arbiträren Cutoff-Werten für die Diagnosen, der vergleichsweise geringen Übereinstimmung verschiedener Verfahren zur Erfassung der Persönlichkeitsstörungen sowie der grundsätzlichen Frage nach der Validität kategorialer Diagnosen kritisiert (u.a. Livesley, 2011; Skodol et al., 2005). Demnach kann davon ausgegangen werden, dass Studien, die die aktuelle Nosologie von Persönlichkeitsstörungen nutzen, wenig zur Aufklärung der inkonsistenten Befundlage beitragen können. Daher sollte sich die zukünftige Forschung in erster Linie auf die im Rahmen der Entwicklung des DSM-5 geplanten Veränderungen zur Konzeptualisierung und Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen fokussieren. Hierbei sollte, wie bereits in Kapitel 4.8 (S. 152 ff.) dargestellt, die Untersuchung der Reliabilität, Validität und klinischen Brauchbarkeit des aktuellen

Vorschlags für die Sektion „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“ des DSM-5 und seine bisher noch nicht hinreichend belegte Überlegenheit in diesen Aspekten gegenüber dem aktuellen Klassifikationssystem im Mittelpunkt stehen.

In Folge sollten vor dem Hintergrund der methodischen Heterogenität der Studien zum Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei Depressionen und der damit einhergehenden inkonsistenten Befundlage für zukünftige Forschungsprojekte verbindliche Forschungsstandards angestrebt werden. Erstrangig ist hierbei der konsequente Einsatz strukturierter Interviews zur Erfassung von (maladaptiven) Persönlichkeitsmerkmalen bzw. Persönlichkeitsstörungen. Gewinnbringend im Sinne einer Erhöhung der Reliabilität und Validität der Diagnosen ist auch eine multimethodale Überprüfung des Vorliegens von Persönlichkeitsstörungen. Entsprechend der Behandlungsleitlinien für Persönlichkeitsstörungen (DGPPN, 2009a) beinhaltet ein multimodales Vorgehen folgende diagnostische Schritte: (1) ausführliche Anamneseerhebung, Herausarbeiten wiederkehrender Verhaltensmuster und Überprüfen des Vorliegens der diagnostischen Kriterien, (2) Erheben der psychiatrischen Vorgeschichte und Biographie, (3) Verhaltensbeobachtung im Gespräch und besonders im stationären Bereich und falls möglich (4) Informationsgewinnung durch Fremdanamnese.

Die inkonsistente Befundlage zum Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei Depressionen hängt weiterhin auch damit zusammen, dass die Studien hinsichtlich relevanter Merkmale wie der untersuchten Patientenstichprobe (z.B. ambulant vs. stationär), der Art der Depressionsbehandlung (z.B. Pharmakotherapie vs. Psychotherapie) und der Operationalisierung des Behandlungserfolgs (z.B. Symptomabnahme vs. Recoveryraten) kaum miteinander vergleichbar sind. Das spiegelt sich auch in uneinheitlichen Befunden metaanalytischer Untersuchungen wider. Newton-Howes et al. (2006) integrierten zum Beispiel in ihrer Metaanalyse Studienbefunde unabhängig von der untersuchten Patientenstichprobe, der Behandlungsart, dem Studiendesign (RCT vs. naturalistische Studien) und dem verwendeten Inventar zur Operationalisierung des Behandlungserfolgs. Die Ergebnisse ihrer Metaanalyse weisen darauf hin, dass depressiv erkrankte Patienten mit Persönlichkeitsstörungen nach Abschluss der Behandlung seltener als „geheilt“ (Erreichen des Recoverykriteriums) gelten können als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

Hingegen integrierten Kool et al. (2005) in ihrer Metaanalyse nur Befunde aus kontrollierten Studien, in denen ambulante Patienten psychopharmakologisch behandelt wurden, und in denen die Depressivität anhand eines Fremdbeurteilungsinventars erfasst wurde. Die Ergebnisse ihrer Metaanalyse weisen - im Gegensatz zu dem Befund von Newton-Howes et al. (2006) - darauf hin, dass sich die Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Depressionsschwere nach erfolgter Behandlung nicht bedeutsam unterscheiden. Insgesamt ist demnach bei der Untersuchung des Zusammenhangs von Persönlichkeitsstörungen mit dem Erfolg von Depressionsbehandlungen eine differenzierte Betrachtung der untersuchten Patientenstichprobe, der

Behandlungen und der eingesetzten Inventare zur Operationalisierung des Behandlungserfolgs notwendig.

Bezüglich des Aspektes der Operationalisierung des Therapieergebnisses konnte zum Beispiel in der vorliegenden Arbeit festgestellt werden, dass Unterschiede in der Symptomausprägung zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen nach Abschluss der stationären Behandlung lediglich in Selbst- (BSI-GSI, BDI, DAS, ADS), jedoch nicht in Fremdbeurteilungsinventaren (HAMD₁₇, GAF, CGI) vorlagen. Auch ein Jahr nach der stationären Behandlung war der Unterschied in der Symptomschwere zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen in der Selbstbeurteilung ($d_{BDI} = .60$, $d_{BSI-GSI} = .77$) stärker ausgeprägt als in der Fremdbeurteilung ($d_{HAMD} = .52$). Die vergleichsweise höhere Symptomschwere in der Patientengruppe mit Persönlichkeitsstörungen in den Selbstbeurteilungsinventaren steht damit in Zusammenhang, dass Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der akuten Psychopathologie stärker mit Merkmalen der Persönlichkeitsstörungen konfundiert sind als Fremdbeurteilungsinventare (Kronmüller & Mundt, 2006; Victor et al., 2006). Zusammenfassend geben diese Befunde Hinweise darauf, dass bei Patienten mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen der Einsatz von Fremdbeurteilungsverfahren zur Operationalisierung des symptomorientierten Behandlungserfolgs geeigneter ist als die Verwendung von Selbstbeurteilungsinventaren. Dies sollte in der weiteren Forschung berücksichtigt werden.

Über dies hinaus sollte in zukünftigen Studien - konsequenter als bisher geschehen - für störungs- und behandlungsrelevante Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen, zum Beispiel hinsichtlich der Symptomschwere zu Behandlungsbeginn oder dem Vorliegen komorbider Achse I Störungen, kontrolliert werden. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Unterschiede im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen nicht allein auf Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen hinsichtlich weiterer störungs- und behandlungsrelevanter Merkmale zurückgeführt werden können. In der vorliegenden Studie konnte zum Beispiel festgestellt werden, dass das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen kein Prädiktor für eine stärker ausgeprägte psychische Gesamtbelastung zum Behandlungsende mehr war, nachdem für die vergleichsweise höhere Symptombelastung der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zu Beginn der stationären Behandlung kontrolliert worden waren.

Abschließend sei noch auf zwei Aufgabenfelder zukünftiger Forschungen hingewiesen: (1) die Durchführung von Metaanalysen zum Zusammenhang von Persönlichkeitsstörungen und dem längerfristigen Krankheitsverlauf bei depressiv erkrankten Patienten (bisher gibt es lediglich Metaanalysen zum kurzfristigen Behandlungserfolg) und (2) die Untersuchung von Faktoren, die bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen mit einem ungünstigeren Krankheitsverlauf nach einer Depressionsbehandlung in Zusammenhang stehen (z.B. Nichtinanspruchnahme nachstationärer Behandlungsangebote, fehlende

soziale Unterstützung), um die nachstationäre Versorgung der Patienten optimieren zu können.

Implikationen für die klinische Praxis

In der vorliegenden Studie profitierten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in vergleichbarem Maße von der stationären Depressionsbehandlung wie Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Sie wiesen jedoch nach Abschluss des Klinikaufenthaltes - im Vergleich zu Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen - eine stärkere psychische Gesamtbelastung auf. Außerdem zeigten sie vom Entlassungs- zum Katamnesezeitpunkt eine leichte Symptomzunahme und erfüllten im ersten poststationären Jahr häufiger die Kriterien für eine depressive Episode als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Interpretiert werden können diese Befunde so, dass trotz des vergleichsweise guten Ansprechens der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen auf die Depressionsbehandlung eine Optimierung der Versorgung dieser Patientengruppe angestrebt werden sollte.

Entsprechend der aktuellen Behandlungsleitlinien für Persönlichkeitsstörungen (DGPPN, 2009a) ist Psychotherapie für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen die Therapie der Wahl. Für die antisoziale, die Borderline und die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung liegen störungsspezifische Psychotherapiekonzepte vor, die sich gegenüber einem unspezifischen Vorgehen als überlegen erwiesen haben. Für die Borderline Persönlichkeitsstörung ist die Wirksamkeit der Dialektisch-Behavioralen Therapie, der Mentalisierungsbasierten Therapie, der Schematherapie bzw. der Schemafo-kussierten Therapie und der Übertragungsfokussierten Psychotherapie nachgewiesen. Bei Patienten mit antisozialer Persönlichkeitsstörung kann eines der Hauptmerkmale - das kriminelle Verhalten - mit dem in der Straftäterbehandlung eingesetzten kognitiv-behavioralen Programmpaket *Reasoning and Rehabilitation-Program* und dem aus der Suchtbehandlung stammenden psychoedukativen *Rückfall-Vermeidungs-Modell* wirksam behandelt werden (DGPPN, 2009a).

In der vorliegenden Studie konnten Patienten mit Cluster B Persönlichkeitsstörungen ihren guten Behandlungserfolg ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt nicht aufrecht-erhalten. Daher kann ein mögliches Ziel der stationären Therapie sein, bei Patienten mit antisozialer oder Borderline Persönlichkeitsstörung - im Sinne der Vermeidung depressiver Rückfälle - das Verständnis für die Auswirkungen ihrer maladaptiven Verhaltensweisen zu fördern und sie über die Möglichkeiten einer spezifischen Behandlung zu informieren.

Bei Patienten mit vermeidend-selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung stehen, wie bei Patienten mit (generalisierter) sozialer Phobie, das negative Selbstbild, die massiven Ängste vor Ablehnung und Zurückweisung und die damit einhergehende Vermeidung sozialer Kontakte und enger Beziehungen im Vordergrund (Renneberg, 1996). Die Patienten profitieren daher von einem an die kognitiv-behaviorale Therapie der (generalisierten) sozialen Phobie angelehnten Vorgehen (Training sozialer Fertigkeiten), das zur

Reduktion der Selbstunsicherheit, der Angst vor negativen Bewertungen und der Vermeidung beiträgt (DGPPN, 2009a; Fiedler, 2007; Renneberg, 1996; Renneberg & Fydreich, 1999).

In der vorliegenden Studie wiesen Patienten mit vermeidend-selbstunsicherer und/oder dependenter Persönlichkeitsstörung (wobei bei neun der elf untersuchten Patienten eine vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde) ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt tendenziell eine stärkere Symptomausprägung auf als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen, die mit ihrer höheren Symptomschwere zum Entlassungszeitpunkt in Zusammenhang stand. Daher kann es im Rahmen der stationären Behandlung sinnvoll sein, die Motivation von Patienten mit vermeidend-selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung für eine ambulante Therapie, bei der die Behandlung der Selbstunsicherheit und der Angst in sozialen Situationen im Mittelpunkt steht, gezielt zu fördern.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurde nicht erfasst, inwieweit bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen stationär bereits eine gezielte Rückfallprophylaxe und Förderung der Therapiemotivation stattgefunden hatte, und ob die Patienten im ersten poststationären Jahr eine störungsspezifische Psychotherapie erhalten hatten. Um die Rückfallprophylaxe für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen stärker zu etablieren und zu standardisieren, ist in den Kliniken im TWW - als Konsequenz aus den Ergebnissen dieser Arbeit und im Sinne der Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung - die Einführung des Gruppentherapieprogramms *Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen* von Schmitz, Schuhler, Handke-Raubach und Jung (2009) geplant. Das Programm basiert auf der Annahme, dass bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aufgrund der Ich-Syntonie der Symptomatik Psychoedukation indiziert ist. Ziel ist es, bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen die Einsicht in die Auswirkungen der mit den Persönlichkeitsstörungen bzw. den extremen Persönlichkeitsstilen einhergehenden maladaptiven Verhaltensweisen zu fördern und damit die Therapiemotivation zu steigern und depressive Rückfälle zu verhindern. Die Wirksamkeit des Programms konnte bereits für eine Patientengruppe mit Abhängigkeitserkrankungen gezeigt werden (Schuhler & Schmitz, 2005).

Es gilt es jedoch zu beachten, dass die Befunde der vorliegenden Arbeit *nicht* den Schluss nahe legen, dass ein spezifischer Fokus auf die nachstationäre therapeutische Versorgung bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen generell, das heißt unabhängig davon, welche Persönlichkeitsstörung vorliegt, indiziert ist. Patienten mit ausschließlich zwanghafter Persönlichkeitsstörung zum Beispiel zeigten in der vorliegenden Studie hinsichtlich der Depressivität, dem Primärkriterium für den Behandlungserfolg, einen mit Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen vergleichbaren Verlauf über die drei Messzeitpunkte. Bei ihnen scheint daher eine Verbesserung der nachstationären Behandlung nicht notwendig zu sein.

Insgesamt sollte bei der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen beachtet werden, dass in der Regel die ich-dystone Symptomstörung und weniger die Persönlichkeitsstörung die Therapiemotivation bestimmt, den Therapieanlass darstellt und damit den Behandlungsauftrag definiert (Fydrich, 2001). Im Rahmen des *Motivorientierten Indikations- und Interventionsmodells für die Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen* (MIIM; Fydrich, 2001) wird daher für die Psychotherapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen folgendes Vorgehen vorgeschlagen: (1) Bei stark ich-syntonem Charakter der Persönlichkeitsstörung sollte der Therapeut auf die Behandlung der Indexstörung fokussieren. Die ich-syntonen Motive der Interaktionsstörung müssen in diesem Falle beim Aufbau und der Gestaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung besonders berücksichtigt werden. (2) Bei ich-dystonem Charakter der Persönlichkeitsmerkmale - wie zum Beispiel bei der Borderline oder der vermeidend-selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung - sollte neben der Behandlung der Achse I Störung auch die Behandlung der Symptome der Persönlichkeitsstörung im Mittelpunkt stehen.

Auch Fiedler (2007) weist darauf hin, dass das therapeutische Vorgehen bei der Behandlung einer Symptomstörung durch das Vorliegen komorbider Persönlichkeitsstörungen nicht verändert werden braucht, solange aus dem besonderen Interaktionsstil eines Patienten keine Erschwernisse für die Therapie entstehen. Auch wenn die Besonderheiten der Beziehungsgestaltung eines Patienten anhaltend zu Beeinträchtigungen führen, kann die Veränderung der Persönlichkeitseigenschaften und der mit ihnen zusammenhängenden maladaptiven Verhaltensgewohnheiten nicht direkt geschehen, da sie erstens in der Entwicklungsgeschichte der Person „Überlebensstrategien“ darstellten und als solche adaptiv waren und zweitens meist ich-synton und damit „nicht ohne Weiteres einer Metakommunikation zugänglich [sind]“ (Fiedler, 2007, S. 313). In den Mittelpunkt der Therapie sollte daher die Lösung zwischenmenschlicher Konflikte mit dem Ziel des Erwerbs alternativer Verhaltensweisen zur Krisenbewältigung gestellt werden. Bohus et al. (2004, zitiert nach Fiedler, 2009) konnten zeigen, dass das Erlernen neuer Fertigkeiten in der Folge mit einer erhöhten Bereitschaft zur Aufgabe pathologischer Verhaltensweisen einhergeht.

Fiedler (2007) weist auch darauf hin, dass es „Patienten mit Persönlichkeitsstörungen [...] schwerer haben, sich nach [stationärem] Behandlungsabschluss mit den alltäglich gegebenen, privaten wie beruflichen Anforderungen ausreichend sicher zu arrangieren“ (S. 311). Daher kann es sinnvoll sein, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ambulante psychosoziale Hilfeleistungen anzubieten, die über die psychotherapeutische Behandlung im engeren Sinne hinausgehen. Hierzu zählen zum Beispiel die Beratung bei Partnerschaftskonflikten oder Problemen im Zusammenhang mit Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch sowie Hilfestellungen bei der Rückkehr in die Arbeitswelt. Auch in der vorliegenden Untersuchung wiesen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen tendenziell häufiger Störungen durch psychotropen Substanzen auf als Patienten ohne

Persönlichkeitsstörungen (21 % vs. 11 %). Weiterhin waren sie vier Wochen nach dem stationären Aufenthalt tendenziell seltener wieder berufstätig als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen (13 % vs. 26 %, $\chi^2(1) = 3.55$, $p = .09$). Diese Befunde unterstützen die Forderung nach einer verstärkten ambulanten psychosozialen Versorgung der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen.

Abschließend kann die Frage gestellt werden, ob es hilfreich ist, bestimmte Merkmale der Persönlichkeitsstörungen psychopharmakologisch (meist „off-label“) zu behandeln. Für verschiedene Psychopharmaka gibt es Wirksamkeitsnachweise für die Behandlung von Symptomen einiger Persönlichkeitsstörungen. SSRIs können zum Beispiel zur Reduktion von Ängstlichkeit und atypische Neuroleptika zur Verringerung von Spannungszuständen, emotionaler Aufruhr und feindseliger Erregung eingesetzt werden (DGPPN, 2009a). In Übereinstimmung mit dem Nachweis der Wirksamkeit atypischer Neuroleptika erhielten auch in der vorliegenden Untersuchung Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sowohl während der stationären Behandlung als auch ein Jahr später häufiger eine Augmentationsbehandlung mit atypischen Neuroleptika als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Möglicherweise hat das zu der lediglich geringen Symptomverschlechterung der Patientengruppe im ersten Jahr nach der stationären Behandlung beigetragen. Zusammenfassend kann daher bei Patienten, die unter der stationären psychopharmakologischen Behandlung eine Reduktion der mit der Persönlichkeitsstörung in Zusammenhang stehenden maladaptiven Erlebens- und Verhaltensweisen gezeigt haben, die Stärkung der Compliance für eine nachstationäre Fortführung der Medikation sinnvoll sein. Abschließend sei jedoch - in Übereinstimmung mit Fiedler (2007) - darauf hingewiesen, dass bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen Psychotherapie und psychosoziales Konfliktmanagement die Behandlungsansätze der Wahl sind. Daher sollten Psychopharmaka gegebenenfalls lediglich als adjuvante symptomorientierte Behandlungsstrategie eingesetzt werden.

4.14 Resümee und Ausblick

Im klinischen Alltag ist die Annahme weit verbreitet, Patienten mit Persönlichkeitsstörungen seien schwerer behandelbar als Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Viele der empirischen Befunde (u.a. Ball et al., 2000; Mulder et al., 2003; Schiavone et al., 2006) ebenso wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen jedoch, dass diese Behauptung, die sich leider auch in der Fachliteratur immer wieder finden lässt, in ihrer undifferenzierten und verallgemeinerten Form nicht zutrifft. Für die Zukunft ist zu hoffen, dass sich diese Erkenntnis, im Sinne einer wechselseitigen Bereicherung von Forschung und Praxis, in einer weniger stigmatisierenden Haltung von Therapeuten gegenüber Patienten mit interaktionellen Besonderheiten niederschlägt, nicht zuletzt weil Therapieoptimismus bei Therapeuten ein wesentlicher Prädiktor für den Erfolg einer Behandlung ist (Fiedler, 2007). Für Patienten mit ausschließlich Cluster B bzw. vermeidend-selbstunsicherer und/oder dependenter Persönlichkeitsstörung zeigen die Befunde

dieser Arbeit jedoch einen ungünstigeren längerfristigen Behandlungserfolg als für Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen. Für diese Patienten kann daher stationär der Einsatz spezifischer Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe und zur Erhöhung der Therapiemotivation für eine ambulante störungsspezifische Psychotherapie als sinnvoll erachtet werden.

Ob ein ungünstigerer Behandlungserfolg für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gezeigt werden kann, hängt entsprechend der Befunde dieser Untersuchung auch davon ab, wie der Behandlungserfolg operationalisiert wird (Symptomabnahme vs. Recoveryraten, Fremd- vs. Selbstbeurteilung des Behandlungserfolgs). Die Abhängigkeit der Studienergebnisse von der Operationalisierung des Behandlungserfolgs sollte in zukünftigen Studien stärker als bisher geschehen Beachtung finden.

Das aktuelle Interesse im Bereich Persönlichkeitsstörungen richtet sich vor allem auf die Neukonzeptualisierung der Sektion „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“ im Rahmen der Entwicklung des DSM-5 und der in diesem Zusammenhang diskutierten Erweiterung der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen um eine dimensionale Erfassung (maladaptiver) Persönlichkeitsmerkmale. In diesem Zusammenhang geben unsere Befunde Hinweise darauf, dass eine dimensionale Erfassung der Ausprägung maladaptiver Persönlichkeitsmerkmale anhand des SKID-II - im Vergleich zum kategorialen Untersuchungsansatz - keine Verbesserung der Vorhersagekraft für den Behandlungserfolg (prädiktive Validität) mit sich bringt und daher wenig gewinnbringend ist.

Abschließend macht unsere Diskussion des aktuellen Vorschlags für die Sektion „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“ des DSM-5 deutlich, dass der Fokus der Forschungstätigkeit im Bereich Persönlichkeitsstörungen in naher Zukunft erstrangig auf der Überprüfung der Validität, Reliabilität und klinischen Nützlichkeit dieses Vorschlags liegen sollte. Erst danach erscheint es sinnvoll - möglicherweise auf Grundlage einer veränderten Nosologie - dem Zusammenhang zwischen dem Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen und dem Behandlungserfolg bei unipolaren Depressionen weiter nachzugehen.

Literaturverzeichnis

- Alnaes, R. & Torgersen, S. (1997). Personality and personality disorders predict development and relapses of major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 95, 336-342.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2011). *DSM 5 Development Personality Disorders* [www - Dokument] verfügbar unter: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/PersonalityDisorders.aspx> [22.06.2011].
- Ansseau, M., Troisfontaines, B., Papart, P. & von Frenckell, R. (1991). Compulsive personality as predictor of response to serotonergic antidepressants. *British Medical Journal*, 303, 760-761.
- Bagby, R.M., Ryder, A.G. & Christi, C. (2002). Psychosocial and clinical predictors of response to pharmacotherapy for depression. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 27 (4), 250-257.
- Ball, J., Kearney, B., Wilhelm, K. & Dewhurst-Savellis, J. (2000). Cognitive behaviour therapy and assertion training groups for patients with depression and comorbid personality disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 71-85.
- Bandelow, B. & Broocks, A. (2002). Wirksamkeitsuntersuchungen in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie*, 12, 205-215.
- Barnow, S. (2008a). Ätiologische Konzepte von Persönlichkeitsstörungen In S. Barnow (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung* (S. 165-190). Bern: Huber.
- Barnow, S. (2008b). Epidemiologie, Verlauf und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. In S. Barnow (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung* (S. 61-96). Bern: Huber.
- Barnow, S. (2008c, Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Ursache und Behandlung*. Bern: Huber.
- Barnow, S. (2008d). Persönlichkeitsstörungen: Was versteht man darunter? Dimensionale und kategoriale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. In S. Barnow (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung* (S. 17-60). Bern: Huber.
- Barnow, S., Herpertz, S., Spitzer, C., Dudeck, M., Grabe, H.-J. & Freyberger, H.-J. (2006). Kategoriale versus dimensionale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen: sind dimensionale Modelle die Zukunft? *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie, und ihrer Grenzgebiete*, 74 (2), 706-713.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T. & Steer, R.A. (1987). *Beck Depression Inventory – Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Beck, A.T., Steer, R.A. & Carbin, M.G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beernards, C.A. & Sijtsma, K. (2000). Influence of imputation and EM methods on factor analysis when item nonresponse in questionnaire data is nonignorable. *Multivariate Behavioral Research*, 35 (3), 321-364.
- Beesdo, K. & Wittchen, H.-U. (2006). Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 731-762). Heidelberg: Springer.
- Bellino, S., Zizza, M., Rinaldi, C. & Bogetto, F. (2006). Combined treatment of major depression in patients with Borderline personality disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (7), 453-460.
- Bernstein, D.P., Iscan, C., Maser, J. & the Board of Directors of the Association for Research in Personality Disorders and the International Society for the Study of Personality Disorders (2007). Opinions of personality disorder experts regarding the DSM-IV personality disorders classification system. *Journal of Personality Disorders*, 21 (5), 536-551.
- Bock, C., Bukh, J.D., Vinberg, M., Gether, U. & Kessing, L.V. (2010). The influence of comorbid personality disorder and neuroticism on treatment outcome in first episode. *Psychotherapy*, 43, 197-204.
- Bockian, N.R. (2006). *Personality-guided therapy for depression*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bornstein, F. (2011). Reconceptualizing personality pathology in DSM-5: Limitations in evidence for eliminating dependent personality disorder and other DSM-IV syndromes. *Journal of Personality Disorders*, 25 (2), 235-247.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (2. Aufl.) Berlin: Springer.
- Brieger, P., Ehrh, U., Bloek, R. & Marneros, A. (2002). Consequences of comorbid personality disorders in major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (5), 304-309.
- Bronisch, T., Hiller, W., Mombour, W. & Zaudig, M. (1995). *Internationale Diagnosen Checklisten für Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV (ICDL-P)*. Bern: Huber.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 / SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.

- Carter, J.D., Luty, S.E., McKenzie, J.M., Mulder, R.T., Frampton, C.M., Joyce, P.R. (2011). Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy in a randomised clinical trial for depression. *Journal of Affective Disorders*, 128, 252-261.
- Centorrino, F., Hernán, M.A., Drago-Ferrante, G., Rendall, M., Apicella, A., Långar, G. & Baldessarini, R.J. (2001). Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits. *Psychiatric Services*, 52 (3), 378-380.
- Clarkin, J.F. & Huprich, S.K. (2011). Do DSM-5 personality disorder proposals meet criteria for clinical utility? *Journal of Personality Disorders*, 25 (2), 192-205.
- Collegium Internationale Psychiatricae Salarum (CIPS, 1996). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Göttingen: Beltz Test.
- Collegium Internationale Psychiatricae Salarum (CIPS, 2005). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Göttingen: Beltz Test.
- Corruble, E., Ginestet, D. & Guelfi, J.D. (1996). Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *Journal of Affective Disorders*, 37, 157-170.
- Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO-Personality Inventory NEO-PI-R and NEO Five Factor Inventory FFI manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Daley, S.E., Hammen, C., Davila, J. & Burge, D. (1998). Axis II symptomatology, depression, and life stress during transition from adolescence to adulthood. *Journal of Consulting Psychology*, 66 (4), 595-603.
- deJong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. (2007). *Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie affektiver Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. Johns Hopkins University School of Medicine: Eigendruck.
- Derogatis, L.R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI): Administration, scoring, and procedures manual, third edition*. Minneapolis: National Computer Services.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). (2001). *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 5: Behandlungsleitlinien Affektive Störungen*, Darmstadt: Steinkopf.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.). (2009a). *S2 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 1: Behandlungsleitlinien Persönlichkeitsstörungen*. Darmstadt: Steinkopf.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2009b). *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression - Langfassung* (1. Auflage). [www - Dokument] verfügbar unter: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf [28.12. 09].
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien* (2. Aufl.). Bern: Huber.

- Emmelkamp, P.M.G. & Kamphuis, J.H. (2007). *Personality Disorders*. Hove: Psychology Press.
- Ezquiaga, E., Garcia, A., Bravo, F. & Palarés, T. (1998). Factors associated with outcome in major depression: A 6-month prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 552-557.
- Ezquiaga, E., García-López, A., de Dios, C., Leiva, A., Bravo, M. & Montejo, J. (2004). Clinical and psychosocial factors associated with the outcome of unipolar major depression: A one year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 79, 63-70.
- Farmer, R.F. & Chapman, A.L. (2002). Evaluation of DSM-IV personality disorder criteria as assessed by the structured clinical interview for DSM-IV personality disorders. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 43 (4), 285-300.
- Fiedler, P. (2006). Persönlichkeitsstörungen. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (S. 927-945). Heidelberg: Springer.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Fiedler, P. & Herpertz, S. C. (2009). Persönlichkeitsstörungen im Spannungsfeld zwischen Biologie und Sozialisation (IDC-10 F6). In U. Voderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen: State of the Art* (S. 321-343). München: Urban & Fischer.
- Field, A.P. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Fiorot, M., Bosell, P. & Murray, E.J. (1990). Personality and response to psychotherapy in depressed elderly women. *Behavior, Health, and Aging*, 1 (1), 51-63.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. & Williams, J.B.W. (1996). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*. Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Fossati, A., Beauchaine, T.P., Grazioli, F., Borroni, S., Carretta, I., De Vecchi, C., Cortinovis, F., Danelli, E., Maffei, C. (2006). Confirmatory factor analyses of DSM-IV cluster C personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 20, 186-203.
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Battaglia, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., Novella, L. & Prolo, F. (2000). Patterns of covariation of DSM-IV personality disorders in a mixed psychiatric sample. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (3), 206-215.
- Frank, E., Prien, R.F., Jarrett, R.B., Keller, M.B., Kupfer, D.J., Lavori, P.W., Rush, A.J. & Weissman, M.M. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 48, 851-855.
- Franke, G.H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Franke, G.H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version – Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Fydrich, T. (2001). Motivorientiertes Indikations- und Interventionsmodell für die Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen (MIIM). *Psychotherapie*, 6 (2), 247-255.

- Fydrich, T. (2004). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Ein Überblick. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25 (3), 285-303.
- Fydrich, T. (2008). Persönlichkeitsstörungen. In B. Röhrle, F. Caspar & P. F. Schlottke (Hrsg.), *Lehrbuch der klinisch-psychologischen Diagnostik* (S. 755-769). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *SKID-II – Strukturisiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Schmitz, B., Dietrich, G., Heinicke, S. & König, J. (1996). Prävalenz und Komorbidität von Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 318-343). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fydrich, T., Schmitz, B., Hennch, C. & Bodem, M. (1996). Zuverlässigkeit und Gültigkeit diagnostischer Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 91-113). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Gorwood, P., Rouillon, F., Even, C., Falissard, B., Corruble, E. & Moran, P. (2010). Treatment response in major depression: Effects of personality dysfunction and prior depression. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 139-142.
- Greenberg, M.D., Craighead, W.E., Evans, D.D. & Craighead, L.W. (1995). An investigation of the effects of comorbid axis II pathology on outcome of inpatient treatment for unipolar depression. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 17 (4), 305-321.
- Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Shea, M.T., Skodol, A.E., Stout, R.L., Gunderson, J.G., Yen, S., Bender, D.S., Pagano, M.E., Zanarini, M.C., Morey, L.C. & McGlashan, T.H. (2005). Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (1), 78-85.
- Grissom, R.J. & Kim, J.J. (2005). *Effect sizes for research: A broad practical approach*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grundy, C.T., Brigham, Y.U., Lambert, M.J. & Grundy, E.M. (1996). Assessing clinical significance: Application to the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Mental Health*, 5 (1), 25-33.
- Gude, T. & Vaglum, P. (2001). One-year follow-up of patients with cluster C personality disorders: A prospective study comparing patients with "pure" and comorbid conditions within cluster C, and "pure" C with "pure" cluster A or B conditions. *Journal of Personality Disorders*, 15 (3), 216-228.
- Gui, L., Li, K., Yan, B., Liu, Y., Han, Y., Jiang, Q., Gao, L., Sun, X., Li, J. & Yang, L., Zhang, Y. (2010). Characteristics and related factors of comorbidity among patients with depression disorder. *Chinese Mental Health Journal*, 24 (8), 592-596.

- Gunderson, J.G. & Phillips, K.A. (1991). A current view of the interface between Borderline personality disorder and depression. *The American Journal of Psychiatry*, 148 (8), 967-975.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hardy, G.E., Barkham, M., Shapiro, D.A., Stiles, W.B., Rees, A. & Reynolds, S. (1995). Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of contrasting brief psychotherapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6), 997-1004.
- Hart, A., Craighead, E. & Craighead, L. (2001). Predicting recurrence of major depressive disorder in young adults: A prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (4), 633-643.
- Hartlage, S., Arduino, K. & Alloy, L.B. (1998). Depressive personality characteristics: State dependent concomitants of depressive disorder and traits independent of current depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (2), 349-354.
- Härter, M., Sitta, P., Keller, F., Metzger, R., Wiegand, W., Schell, G., Stieglitz, R.-D., Wolferdorf, M., Felsenstein, M. & Berger, M. (2004). Stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Depressionsbehandlung. Prozess- und Ergebnisqualität anhand eines Modellprojekts in Baden-Württemberg. *Nervenarzt*, 75, 1083-1091.
- Hautzinger, M. (1991). Das Beck-Depressionsinventar (BDI) in der Klinik. *Nervenarzt*, 62, 689-696.
- Hautzinger, M. (1998). *Depression*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. (2003) *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Behandlungsanleitungen und Materialien* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. (2008). Verhaltenstherapie und kognitive Therapie. In H.J. Möller, G. Laux & H.P. Kampfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 167-225). Berlin: Springer.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala (ADS). Manual*. Göttingen: Beltz Test.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M., deJong-Meyer, R., Treiber, R., Rudolf, G.A.E. & Thien, U. (1996). Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 25 (2), 130-145.
- Hautzinger, M., Jorrmann, J. & Keller, F. (2005). *Skala dysfunktionaler Einstellungen (DAS). Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Herpertz, S. C. (2009). Ätiologie und Behandlung der Persönlichkeitsstörungen: eine neurobiologische Perspektive. In U. Voderholzer & F. Hohagen (Hrsg.), *Therapie psychischer Erkrankungen: State of the Art* (S. 331-343). München: Urban & Fischer.

- Hiller, W. (2005). IDCL: Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Hiller, W., Bleichhardt, G. & Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57 (1), 7-22.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1995). *IDCL – Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 (Manual und 32 Checklisten nach ICD-10 als Bestandteil des Gesamtpakets der ICD-10-Checklisten der WHO)*. Bern: Huber.
- Hirschfeld, R.M.A. & Klerman, G.L. (1979). Personality attributes and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 136, 67-70.
- Hoffart, A. & Martinsen, E.W. (1993). The effect of personality disorders and anxious-depressive comorbidity on outcome in patients with unipolar depression and with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Personality Disorders*, 7 (4), 304-311.
- Hoffmann, S. (2010). *Effekte kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppentherapien bei der stationär-psychiatrischen Behandlung unipolarer Depressionen*. Unveröffentlichte Dissertation, Humboldt-Universität zu Berlin.
- Holma, K., Holma I., Melartin, T., Rytälä, H. & Isometsä, E. (2008). Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (2), 196-205.
- Hollis, S. & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 319, 670-674.
- Ilardi, S. & Craighead, E. (1999). The relationship between personality pathology and dysfunctional cognitions in previously depressed adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 51-57.
- Ilardi, S., Craighead, E. & Evans, D. (1992). Modelling relapse in unipolar depression: The effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 381-391.
- Jacobson, N.S., Follette, W.C. & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Joiner, T. & Coyne, J.C. (Eds.). (1999). *The interactional nature of depression: Advances in interpersonal approaches*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Joyce, P.R., McKenzie, J.M., Carter, J.D., Rae, A.M., Luty, S.E., Frampton, C.M.A. & Mulder, R.T. (2007). Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*, 19, 503-508.

- Joyce, P.R., Mulder, R.T., Luty, S.E., McKenzie, J.M., Sullivan, P.F. & Cloninger, R.C. (2003). Borderline personality disorder in major depression: Symptomatology, temperament, character, differential drug response and 6-month outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (1), 35-43.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald-Scott, P. & Andreasen, N.C. (1987). The Longitudinal Interval Follow up Evaluation. A comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 44 (6), 540-548.
- Kelly, B.D., Casey, P., Dunn, G., Ayuso-Mateos, J.L. & Dowrick, C. (2007). The role of personality disorder in 'difficult to reach' patients with depression: Findings from the ODIN study. *European Psychiatry*, 22, 153-159.
- Kelly, B.D., Nur, U.A., Tyrer, P. & Casey, P. (2009). Impact of severity of personality disorder on the outcome of depression. *European Psychiatry*, 24, 322-326.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Klein, D.N., Shankman, S.A. & Rose, S. (2008). Dysthymic disorder and double depression: Prediction of 10-year course trajectories and outcome. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 408-415.
- Klein, M.H., Wonderlich, S. & Shea, M.T. (1993). Models of relationship between personality and depression: Towards a framework for theory and research. In M.H. Klein, D.J. Kupfer & M.T. Shea (Eds.), *Personality and depression: A current view* (S. 1-54). New York: The Guilford Press.
- Kobak, K.A. (2004). The Hamilton Depression Rating Scale (HAMD). In M. Hilsenroth & D. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol 2: Personality assessment* (S. 134-143). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Kool, S., Dekker, J., Duijsens, I.J., de Jonghe, F. & Puite, B. (2003). Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 11 (3), 133-41.
- Kool, S., Schoevers, R., de Maat, S., Van, R., Molenaar, P., Vink, A. & Dekker, J. (2005). Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 88, 269-278.
- Kronmüller, K.-T., Backenstraß, M., Reck, C., Kraus, A., Fiedler, P. & Mundt, C. (2002). Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren und -struktur auf den Verlauf der Major-Depression. *Nervenarzt*, 73, 255-261.
- Kronmüller, K.-T. & Mundt, C. (2006). Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörungen und Depression. *Nervenarzt*, 77, 863-878.
- Krueger, R.F., Eaton, N.R., Clark, L.A., Watson, D., Markon, K.E., Derringer, J., Skodol, A. / Livesley, J. (2011) Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25 (2), 170-191.

- Kuhl, H.-C., Farin, E. & Follert, P. (2004). Die Messung von Rehabilitationsergebnissen mit dem IHRES und dem SF-12 – Vor- und Nachteile unterschiedlich umfangreicher Erhebungsinstrumente in der Qualitätssicherung. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 14, 236-242.
- Kupfer, D.J. & Frank, E. (2003). Comorbidity in depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108 (Suppl. 418), 57-60.
- Lange, C. & Heuft, G. (2005). GAF – Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Leichsenring, F. & Rüger, U. (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 203-217.
- Little, R. & Yau, L. (1996). Intent-to-treat analysis for longitudinal studies with drop-outs. *Biometrics*, 52, 1324-1333.
- Livesley, W.J. (2011a). An empirically-based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25 (3), 397 – 420.
- Livesley, W.J. (2011b). The current state of personality disorder classification: Introduction to the special feature on the classification. *Journal of Personality Disorders*, 25 (3), 269-289.
- Livesley, W.J., Jang, K.L., Vernon, P.A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941-948.
- Livesley, W.J., Schoeder, M.L., Jackson, D.N. & Lang, K.L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 6-17.
- Loranger, A.W., Lenzenweger, M.F., Gartner, A.F., Susman, V.L., Herzig, J., Zammit, G.K., Gartner, J.D., Abrams, R.C. & Young, R.C. (1990). Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48, 720-727.
- Maddux, R.E., Riso, L.P., Klein, D.N., Markowitz, J.C., Rothbaum, B.O., Arnow, B.A., Manber, R., Blalock, J.A., Keitner, G.I. & Thase, M.E. (2009). Select comorbid personality disorders and the treatment of chronic depression with nefazodone, targeted psychotherapy, or their combination. *Journal of Affective Disorders*, 117, 174-179.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostini, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., Namia, C., Novella, L. & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11 (3), 279-284.
- Matas, M., Staley, D. & Griffin, W. (1992). A profile of the noncompliant patient: A thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. *General Hospital Psychiatry*, 14, 124-130.

- Melartin, T.K., Rytsälä, H.J., Leskelä, U.S., Leskelä-Mielonen, P.S., Sokero, T.P. & Isometsä, E.T. (2002). Current comorbidity of psychiatric disorders among DSM-IV major depressive disorder patients in psychiatric care in the Vantaa Depression Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (2), 126-134.
- Melartin, T.K., Rytsälä, H.J., Leskelä, U.S., Leskelä-Mielonen, P.S., Sokero, T.P. & Isometsä, E.T. (2004). Severity and comorbidity predict episode duration and recurrence of DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (6), 810-819.
- Merod, R. (2005). *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen: Ein schulenübergreifendes Handbuch*. Tübingen: DGVT.
- Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P., Gutierrez, K., Berner, W., Berger, K., von Cranach, M., Giglhuber, O. & von Bose, M. (1996). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Bern: Huber.
- Moran, P. & Mann, A. (2002). The prevalence and 1-year outcome of cluster B personality disorders in primary care. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 13 (3), 527-537.
- Morse, J., Pilkonis, P., Houck, P., Frank, E. & Reynolds, C. (2005). Impact of Cluster C personality disorders on outcomes of acute and maintenance treatment in late-life depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 808-814.
- Mulder, R.T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. *American Journal of Psychiatry*, 159 (3), 359-371.
- Mulder, R.T., Frampton, C.M.A., Luty, S.E. & Joyce, P.R. (2009). Eighteen months of drug treatment for depression: Predicting relapse and recovery. *Journal of Affective Disorders*, 114, 263-270.
- Mulder, R.T., Joyce, P.J., Frampton, C.M.A., Luty, S.E. & Sullivan, P.F. (2006). Six months of treatment for depression: Outcome and predictors of the course of illness. *American Journal of Psychiatry*, 163 (1), 95-100.
- Mulder, R.T., Joyce, P.J. & Luty, S.E. (2003). The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (3), 259-264.
- Müller, M.J. (2005). CGI – Clinical Global Impressions. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- National Institute of Mental Health (1976). Clinical Global Impressions. In: W. Guy (Ed.), *ECDEU Assessment for psychopharmacology, revised edition* (pp. 217-222). Rockville: Maryland.
- Nestadt, G., Hsu, F.-C., Samuels, J., Bienvenu, O.J., Reti, I., Costa, P.T. Jr. & Eaton, W.W. (2006). Latent structure of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 54-62.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P. & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188, 13-20.

- O'Leary, D. & Costello, F. (2001). Personality and outcome in depression: An 18-month prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 63, 67-78.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S. & McCallum, M. (2001). Using DSM axis II information to predict outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 15 (2), 110-122.
- Overholser, J.C. (1991). Categorical assessment of the dependent personality disorder in depressed inpatients. *Journal of Personality Disorders*, 5 (3), 243-255.
- Parker, G., Wilhelm, K., Mitchell, P. & Gladstone, G. (2000). Predictors of 1-year outcome in depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 56-64.
- Pfohl, B., Coryell, W., Zimmerman, M. & Stangl, D. (1987). Prognostic validity of self-report and interview measures of personality disorder in depressed inpatients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48, 468-472.
- Potts, M.K., Daniels, M., Burnam, M.A. & Wells, K.B. (1990). A structured interview version of the Hamilton Depression Rating Scale: Evidence of reliability and versatility of administration. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 335-350.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rector, N.A., Bagby, R.M., Segal, Z.V., Joffe, R.T. & Levitt, A. (2000). Self-criticism and dependency in depressed patients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Cognitive Therapy and Research*, 24 (5), 571-584.
- Reich, J.H. & Green, A.I. (1991). Effect of personality disorders on outcome of treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 74-82.
- Renneberg, B. (1996). Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie bei Patienten mit selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 344-358). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Renneberg, B. & Fydrich, T. (1999). Verhaltenstherapeutische Therapiekonzepte in der Gruppenbehandlung der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung. In H. Saß & S. Herperz (Hrsg.), *Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu einem schulenübergreifenden Vorgehen* (S. 159-170). Stuttgart: Thieme.
- Renneberg, B. & Fydrich, T. (2003). Persönlichkeitsstörungen. In E. Leibing, W. Hiller & S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung, Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 421-435). München: CIP-Medien.
- Richter, P., Werner, J. & Bastine, R. (1994). Psychometrische Eigenschaften des Beck-Depressions-Inventars (BDI): Ein Überblick. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23 (1), 3-19.
- Ritter, K. & Lammers, C.-H. (2007). Narzissmus – Persönlichkeitsvariable und Persönlichkeitsstörung. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 57, 53-60.

- Rodebaugh, T.L., Chambless, D.L., Renneberg, B. & Fydrich, T. (2005). The factor structure of the DSM-III-R personality disorders: an evaluation of competing models. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14 (1), 43-55.
- Rudolf, M. & Müller, J. (2004). *Multivariate Verfahren: Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS*. Göttingen: Hogrefe.
- Rush, A.J., Zimmerman, M., Wisniewski, S.R., Fava, M., Hollon, S.D., Warden, D., Biggs, M.M., Shores-Wilson, K., Shelton, R.C., Luther, J.F., Thomas, B. & Trivedi, M.H. (2005). Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: demographic and clinical features. *Journal of Affective Disorders*, 87 (1), 43-55.
- Russell, J.M., Korstein, S.G., Shea, M.T., McCullough, J.P., Harrison, W.M., Hirschfeld, R.M.A. & Keller, M.B. (2003). Chronic depression and comorbid personality disorders: Response to sertraline versus imipramine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (5), 554-561.
- Ryder, A.G., Quilty, L.C., Vachon, D.D. & Bagby, R.M. (2010). Depressive personality and treatment outcome in major depressive disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24 (3), 392-404.
- Sachse, R. (2001). *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Saß, H., Houben, I., Herpertz, S. & Steinmeyer, E.M. (1996). Kategorialer versus dimensionaler Ansatz in der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 42-55). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Saß, H., Steinmeyer, E.M., Ebel, H. & Herpertz, S. (1995). Untersuchung zur Kategorisierung und Dimensionierung von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24 (3), 239-251.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Sato, T., Sakado, K., Sato, S. & Morikawa, T. (1994). Cluster A personality disorder: A marker of worse treatment outcome of major depression? *Psychiatry Research*, 53, 153-159.
- Saulsman, L.M., Coall, D.A. & Nathan, P.R. (2006). The association between depressive personality and treatment outcome for depression following a group cognitive-behavioral intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (9), 1181-1196.
- Schiavone, P., Dorz, S., Conforti, D., Scarso, C. & Borgherini, G. (2006). The clinical implications of DSM-IV personality disorder comorbidity in depressed inpatients: A replication study in an Italian setting. *Journal of Personality Disorders*, 20 (1), 1-8.
- Schmidt, J., Lamprecht, F. & Wittmann, W. (1989). Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 39, 248-255.

- Schmitt, M. & Gollwitzer, M. (2008). Grundlagen der Messung von Persönlichkeitseigenschaften und Persönlichkeitsstörungen. In S. Barnow (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung* (S. 61-96). Bern: Huber.
- Schmitz, B., Fyrich, T., Schifferer, E., Obermeier, K. & Teufel, J. (1996). Persönlichkeitsstörungen und Behandlungserfolg bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie*. (S. 318-343). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A. & Jung, A. (2009). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen* (4. Aufl.). Lengerich: Pabst.
- Schuhler, P. & Schmitz, B. (2005). Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen – ein neues gruppentherapeutisches Programm. In R. Merod (Hrsg.), *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen: Ein schulübergreifendes Handbuch* (S. 601-622). Tübingen: DGVT.
- Shea, M.T. (1996). Wirksamkeit von Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In B. Schmitz, T. Fydrich & K. Limbacher (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie* (S. 359-375). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Shea, M.T., Pilonis, P.A., Beckham, E., Collins, J.F., Elkin, I., Sotsky, S.M. & Docherty, J.P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 147 (6), 711-718.
- Shea, M.T., Widiger, T.A. & Klein, M.H. (1992). Comorbidity of personality disorders and depression: Implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (4), 857-868.
- Shea, M.T. & Yen, S. (2003). Stability as a distinction between axis I and axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 17 (5), 373-386.
- Sipos, V. & Schweiger, U. (2003). Gruppentherapie. In E. Leibing, W. Hiller & S.K.D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung, Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 469-480). München: CIP Medien.
- Skodol, A.E., Bender, D.S., Morey, L.C., Clark, L.A., Oldham, J.M., Alarcon, R.D., Krueger, R.F., Verheul, R., Bell, C.C. & Siever, L.J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25 (2), 136-169.
- Skodol, A.E., Grilo, C.M., Pagano, M.E., Bender, D.S., Gunderson, J.G., Shea, M.T., Yen, S.Y., Zanarini, M.C. & McGlashan, T.H. (2005). Effects of personality disorders on functioning and well-being in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(6), 363-368.
- Skodol, A.E., Oldham, J.M., Bender, D.S., Dyck, I.R., Stout, R.L., Morey, L.C., Shea, T.M., Zanarini, M.C., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., McGlashan, T.H. & Gunderson, J.G. (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: Relationship to functional impairment. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1919-1925.

- Spitzer, R.L., First, M.B., Shedler, J., Westen, D. & Skodol, A.E. (2008). Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: A „consumer preference“ study. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 196 (5), 356-74.
- Statistisches Landesamt Berlin (2003). *Sozialstruktur von Berlin: Faltblätter mit sozialstrukturellen Kennzahlen für Berlin und seine Bezirke*. [www - Dokument] verfügbar unter:<http://www.statistik-berlin.de/aktuell/sozialstruktur/sozialstruktur-berlin-2002-sw.pdf> [03.03.2010].
- Steer, R.A., Beck, A.T., Riskind, J.H. & Brown, G. (1987). Relationships between the Beck Depression Inventory and the Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression in depressed outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9 (3), 327-339.
- Stieglitz, R. & Ahrens, B. (1994). Fremdbeurteilungsverfahren. In R.D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen* (S. 78-92). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Stieglitz, R. & Baumann, U. (1994). Veränderungsmessung. In R.D. Stieglitz & U. Baumann (Hrsg.), *Psychodiagnostik psychischer Störungen* (S. 21-36). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Stuart, S., Pfohl, B., Battaglia, M., Bellodi, L., Grove, W. & Cadoret, R. (1998). The cooccurrence of DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12 (4), 302-315.
- Szadoczky, E., Rozsa, S., Zambori, J & Füredi, J. (2004). Predictors for 2-year outcome of major depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, 83, 49-57.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics*. Duxbury: Thomson Brooks/Cole.
- Tellenbach, H. (1961). *Melancholie* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Thompson, L.W., Gallagher, D. & Czirr, R. (1988). Personality disorder and outcome in the treatment of late-life depression. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (2), 133-146.
- Trull, T.J., Tragesser, S.L., Solhan, M. & Schwartz-Mette, R. (2007). Dimensional models of personality disorder: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition and beyond. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 52-56.
- Tyrer, P., Mitchard, S., Methuen, C. & Ranger, M. (2003). Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S. *Journal of Personality Disorders*, 17 (3), 263-268.
- van den Hout, M., Brouwers, C. & Oomen, J. (2006). Clinically diagnosed axis II comorbidity and the short term outcome of CBT for axis I disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 56-63.
- Verheul, R. (2006). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. In T.A. Widiger, E. Simonsen, P.J. Sirovatka, D.A. Regier (Eds.), *Dimensional models of personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V* (pp. 203-225). American Psychiatric Publishing, Inc.

- Victor, D., Backenstrass, M., Herdtle, B., Fiedler, P., Mundt, C. & Kronmüller-K.T. (2006). Zur Erfassung der depressiven Persönlichkeitsstörung – Validierung einer deutschen Version des „Depressive-Persönlichkeitsstörungs-Inventars“ (DPSI). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 56, 56-62.
- Viinamäki, H., Haatainen, K., Konkalampi, K., Tanskanen, A., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Valkonen-Korhonen, M. & Hintikka, J. (2006). Which factors are important predictors of non-recovery from major depression? A 2-year prospective observational study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 410-416.
- Viinamäki, H., Hintikka, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Kuisma, S., Antikainen, R., Tanskanen, A. & Lehtonen, J. (2002). Cluster C personality disorder impedes alleviation of symptoms in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 35-41.
- Viinamäki, H., Tanskanen, A., Koivumaa-Honkanen, H., Haatainen, K., Honkalampi, K., Antikainen, R. & Hintikka, J. (2003). Cluster C personality disorder and recovery from major depression: 24-month prospective follow up. *Journal of Personality Disorders*, 17 (4), 341-350.
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey manual and interpretation guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute.
- Weissman, A. N. & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: a preliminary investigation*. In: Proceedings of the meeting of the American Educational Research Association. Toronto.
- Westen, D., Shedler, J. & Bradley, R. (2006). A prototype approach to personality disorder diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 163, 846-856.
- Widiger, T.A. (2011a). Integrating normal and abnormal personality structure: A proposal for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25 (3), 338-363.
- Widiger, T.A. (2011b). The DSM-5 dimensional model of personality disorder: Rationale and empirical support. *Journal of Personality Disorders*, 25 (2), 222-234.
- Widiger, T.A. & Anderson, K.G. (2003). Personality and depression in women. *Journal of Affective Disorders*, 74, 59-66.
- Widiger, T.A. & Mullins-Sweatt, S.N. (2009). Five-Factor Model of Personality Disorder: A Proposal for DSM-V. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 197-220.
- Widiger, T.A. & Sanderson, C.J. (1994). Towards a dimensional model of personality disorder. In W.J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 433-458). New York: The Guilford Press.
- Widiger, T.A. & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19 (2), 110-130.
- Wilberg, T. (2006). Commentary on Verheul. Clinical utility of dimensional models for personality pathology. In T.A. Widiger, E. Simonsen, P.J. Sirovatka, D.A. Regier (Eds.), *Dimensional models of personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V* (pp. 227-231). American Psychiatric Publishing, Inc.

- Williams, J.B.W. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*, 45, 742-747.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2006). Was ist klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In: H.U. Wittchen & J. Hoyer (Hsg) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*, Springer
- Wittchen, H.-U., Schramm, E., Zaudig, M., Mombour, W. & Unland, H. (1993). *SKID-II – Strukturiertes klinisches Interview für DSM-III-R Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization (2009). *The World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope Chapter 2: Burden of Mental and Behavioural Disorders* [www – Dokument] verfügbar unter: <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index3.html> [26.11.09].
- Yin, P. & Fan, X. (2000). Assessing the reliability of the Beck Depression Inventory scores: Reliability generalization across studies. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 201-223.
- Zimmermann, M. (2011). A critique of the proposed prototype rating system for personality disorders in DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25 (2), 206-221.

Anhang A: Voraussetzungsprüfungen I

Überprüfung der Voraussetzungen für die statistischen Analysen zur Untersuchung von Unterschieden im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen.

A.1) Zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor und den Werten im BDI und BSI-GSI als abhängige Variablen

Da es Verletzungen der Voraussetzungen für eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung mit den Werten im BSI-GSI und BDI als abhängige Variablen gab (Ausreißerwerte, Heterogenität der Varianz-Kovarianzmatrizen), wurde eine reziprok-Transformation der BSI-GSI-Werte und eine Wurzel-Transformation der BDI-Werte zu allen drei Messzeitpunkten vorgenommen ($BSI-GSI_{\text{reziprok}}$ & BDI_{Wurzel}). Weder im BDI_{Wurzel} noch im $BSI-GSI_{\text{reziprok}}$ lagen zu den drei Messzeitpunkten univariate Ausreißerwerte ($z > |2.58|$) vor. Auch gab es keine multivariaten Ausreißerwerte. Varianzhomogenität war sowohl für das BDI_{Wurzel} als auch das $BSI-GSI_{\text{reziprok}}$ gegeben (siehe Tabelle 0.4 im Anhang C, S. 204 f.). Normalverteilung der Werte war für das BDI vollständig, für den BSI-GSI nur teilweise gegeben (siehe Tabelle 0.4 im Anhang C, S. 204 f.). Entsprechend des Zentralen Grenzwerttheorems kann jedoch davon ausgegangen werden, dass ab einer Stichprobengröße $N \geq 30$ die Stichprobenverteilung der Mittelwerte einer Normalverteilung folgt, auch wenn die Rohwerte nicht normalverteilt sind (Bortz, 1999). Homogenität der Varianz-Kovarianzmatrix war gegeben ($F(21; 73861) = 1.61, p = .27$). Deshalb wurde das Pillai-Spur-Kriterium verwendet, das bei ungleichen Stichprobengrößen und Homogenität der Varianz-Kovarianzmatrizen gegenüber möglichen Verletzungen der multivariaten Normalverteilung robust ist (Field, 2005). Sphärizität war nicht gegeben ($BDI: \chi^2(2) = 7.88, p = .02$; $BSI-GSI: \chi^2(2) = 9.46, p = .009$), weshalb ein multivariater Zugang für Messwiederholungsanalysen (Tabachnick & Fidell, 2007) gewählt wurde, da dieser von Sphärizitätsannahmen unabhängig ist.

A.2) Regressionsanalyse mit dem BDI zu t_2 als abhängige Variable

Verhältnis Prädiktorenzahl/Stichprobengröße: Nach Green (1991, zitiert nach Field, 2005) wird, wenn individuelle Prädiktoren getestet werden, die Stichprobengröße wie folgt berechnet: $104 + k$ (k = Anzahl der Prädiktoren). Es wurden neun Prädiktoren in die Analyse einbezogen. Das macht eine Mindeststichprobengröße von 113 Patienten notwendig. Da in die Analyse 166 Patienten einbezogen worden waren, war dieses Kriterium erfüllt.

Multikollinearität: Der VIF-Wert betrug 2.18, der Toleranzwert betrug 0.46. VIF-Werte < 10 sowie Toleranzwerte > 0.10 weisen darauf hin, dass keine Multikollinearität vorliegt. (Field, 2005). Daher konnte Multikollinearität ausgeschlossen werden.

Homoskedastizität: Die Abbildung 0.2 im Anhang C (S. 206) zeigt, dass Heteroskedastizität nicht ausgeschlossen werden konnte (Field, 2005).

Unabhängigkeit der Residuen: Der Durbin-Watson-Wert betrug 1.71. Durbin-Watson-Werte zwischen 1 und 3 weisen auf Unabhängigkeit der Fehler hin (Field, 2005). Daher konnte die Unabhängigkeit der Fehler angenommen werden.

Normalverteilung der Residuen: Die Abbildung 0.1 im Anhang C (S. 206) zeigt, dass die Residuen normalverteilt waren (Field, 2005).

Linearität der Residuen und der vorhergesagten Werte: Die Abbildung 0.2 im Anhang C (S. 206) zeigt, dass Linearität gegeben war (Field, 2005).

A.3) Regressionsanalyse mit dem BSI-GSI zu t_2 als abhängige Variable

Da die Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse mit dem BSI-GSI zu t_2 als abhängige Variable verletzt waren, wurde eine reziprok-Transformation der BSI-GSI-Werte zu t_2 vorgenommen ($\text{BSI-GSI}_{\text{reziprok}}$).

Verhältnis Prädiktorenzahl/Stichprobengröße: Nach Green (1991, zitiert nach Field, 2005) wird, wenn individuelle Prädiktoren getestet werden, die Stichprobengröße wie folgt berechnet: $104 + k$ (k = Anzahl der Prädiktoren). Es wurden neun Prädiktoren in die Analyse einbezogen. Das macht eine Mindeststichprobengröße von 113 Patienten notwendig. Da in die Analyse 166 Patienten einbezogen worden waren, war dieses Kriterium erfüllt.

Multikollinearität: Der VIF-Wert betrug 1.02, der Toleranzwert betrug 0.98. VIF-Werte < 10 sowie Toleranzwerte > 0.10 weisen darauf hin, dass keine Multikollinearität vorliegt (Field, 2005). Daher konnte Multikollinearität ausgeschlossen werden.

Homoskedastizität: Die Abbildung 0.4 im Anhang C (S. 206) zeigt, dass keine Heteroskedastizität vorlag (Field, 2005).

Unabhängigkeit der Residuen: Der Durbin-Watson-Wert betrug 1.79. Durbin-Watson-Werte zwischen 1 und 3 weisen auf Unabhängigkeit der Fehler hin (Field, 2005). Daher konnte die Unabhängigkeit der Fehler angenommen werden.

Normalverteilung der Residuen: Die Abbildung 0.3 im Anhang C (S. 206) zeigt, dass die Residuen normalverteilt waren (Field, 2005).

Linearität der Residuen und der vorhergesagten Werte: Die Abbildung 0.4 im Anhang C (S. 206) zeigt, dass Linearität gegeben war (Field, 2005).

A.4) Zweifaktorielle univariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor und der HAMD₁₇ als abhängige Variable

Es lagen zu keinem der drei Messzeitpunkte univariate Ausreißerwerte in der HAMD₁₇ ($z > | 2.58 |$) vor. Varianzhomogenität war gegeben, die Normalverteilung der Werte war teilweise verletzt (siehe Tabelle 0.4 im Anhang C, S. 204 f.). Entsprechend des Zentralen Grenzwerttheorems kann jedoch davon ausgegangen werden, dass ab einer Stichprobengröße $N \geq 30$ die Stichprobenverteilung der Mittelwerte einer Normalverteilung folgt, auch wenn die Rohwerte nicht normalverteilt sind (Bortz, 1999). Sphäri-

zität war nicht gegeben ($\chi^2(2) = 6.32, p = .04$), weshalb ein multivariater Zugang für Messwiederholungsanalysen gewählt wurde, da dieser von Sphärizitätsannahmen unabhängig ist (Tabachnick & Fidell, 2007). Durch eine Transformation der Daten konnte keine Verbesserung der Voraussetzungen geschaffen werden, weshalb auf eine Datentransformation verzichtet wurde.

A.5) Zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor und den Werten im PSF12 und KSF12 als abhängige Variablen

Weder im PSF12 noch im KSF12 lagen zu den drei Messzeitpunkten univariate Ausreißerwerte ($z > |2.58|$) vor. Auch gab es keine multivariaten Ausreißerwerte. Varianzhomogenität war sowohl für den PSF12 als auch den KSF12 gegeben, die Normalverteilung der Werte war teilweise verletzt (siehe Tabelle 0.4 im Anhang C, S. 204 f.). Entsprechend des Zentralen Grenzwerttheorems kann jedoch davon ausgegangen werden, dass ab einer Stichprobengröße $N \geq 30$ die Stichprobenverteilung der Mittelwerte einer Normalverteilung folgt, auch wenn die Rohwerte nicht normalverteilt sind (Bortz, 1999). Homogenität der Varianz-Kovarianz-Matrix ($F(21; 49568) = 0.67, p = .87$) und Sphärizität (PSF12: $\chi^2(2) = 2.28, p = .32$; KSF12: $\chi^2(2) = 3.82, p = .15$) waren gegeben.

A.6) Regressionsanalyse mit dem PSF12 zu t_2 als abhängige Variable

Verhältnis Prädiktorenzahl/Stichprobengröße: Nach Green (1991, zitiert nach Field, 2005) wird, wenn individuelle Prädiktoren getestet werden, die Stichprobengröße wie folgt berechnet: $104 + k$ (k = Anzahl der Prädiktoren). Es wurden neun Prädiktoren in die Analyse einbezogen. Das macht eine Mindeststichprobengröße von 113 Patienten notwendig. Da in die Analyse 127 Patienten einbezogen worden waren, war dieses Kriterium erfüllt.

Multikollinearität: Der VIF-Wert betrug 1.04, der Toleranzwert betrug 0.96. VIF-Werte < 10 sowie Toleranzwerte > 0.10 weisen darauf hin, dass keine Multikollinearität vorliegt (Field, 2005). Daher konnte Multikollinearität ausgeschlossen werden.

Homoskedastizität: Die Abbildung 0.6 (S. 207) im Anhang C zeigt, dass keine Heteroskedastizität vorlag (Field, 2005).

Unabhängigkeit der Residuen: Der Durbin-Watson-Wert betrug 1.80. Durbin-Watson-Werte zwischen 1 und 3 weisen auf Unabhängigkeit der Fehler hin (Field, 2005). Daher konnte die Unabhängigkeit der Fehler angenommen werden.

Normalverteilung der Residuen: Die Abbildung 0.5 (S. 207) im Anhang C zeigt, dass die Residuen normalverteilt waren (Field, 2005).

Linearität der Residuen und der vorhergesagten Werte: Die Abbildung 0.6 im Anhang C (S. 207) zeigt, dass Linearität gegeben war (Field, 2005).

A.7) Regressionsanalyse mit dem BDI zu t_3 als abhängige Variable

Verhältnis Prädiktorenzahl/Stichprobengröße: Nach Green (1991, zitiert nach Field, 2005) wird, wenn individuelle Prädiktoren getestet werden, die Stichprobengröße wie folgt berechnet: $104 + k$ (k = Anzahl der Prädiktoren). Es wurden zwölf Prädiktoren in die Analyse einbezogen. Das macht eine Mindeststichprobengröße von 116 Patienten notwendig. Da in die Analyse 165 Patienten einbezogen worden waren, war dieses Kriterium erfüllt.

Multikollinearität: Der VIF-Wert betrug 1.14, der Toleranzwert betrug 0.88. VIF-Werte < 10 sowie Toleranzwerte > 0.10 weisen darauf hin, dass keine Multikollinearität vorliegt (Field, 2005). Daher konnte Multikollinearität ausgeschlossen werden.

Homoskedastizität: Die Abbildung 0.8 im Anhang C (S. 207) zeigt, dass keine Heteroskedastizität vorlag (Field, 2005).

Unabhängigkeit der Residuen: Der Durbin-Watson-Wert betrug 2.14. Durbin-Watson-Werte zwischen 1 und 3 weisen auf Unabhängigkeit der Fehler hin (Field, 2005). Daher konnte die Unabhängigkeit der Fehler angenommen werden.

Normalverteilung der Residuen: Die Abbildung 0.7 im Anhang C (S. 207) zeigt, dass die Residuen normalverteilt waren (Field, 2005).

Linearität der Residuen und der vorhergesagten Werte: Die Abbildung 0.8 im Anhang C (S. 207) zeigt, dass Linearität gegeben war (Field, 2005).

A.8) Regressionsanalyse mit dem BSI-GSI zu t_3 als abhängige Variable

Die Voraussetzungen waren für die BSI-GSI-Werte zu t_3 nicht gegeben. Deshalb wurde eine Wurzel-Transformation der BSI-GSI-Werte zu t_3 vorgenommen ($\text{BSI-GSI}_{\text{Wurzel}}$).

Verhältnis Prädiktorenzahl/Stichprobengröße: Nach Green (1991, zitiert nach Field, 2005) wird, wenn individuelle Prädiktoren getestet werden, die Stichprobengröße wie folgt berechnet: $104 + k$ (k = Anzahl der Prädiktoren). Es wurden zwölf Prädiktoren in die Analyse einbezogen. Das macht eine Mindeststichprobengröße von 116 Patienten notwendig. Da in die Analyse 165 Patienten einbezogen worden waren, war dieses Kriterium erfüllt.

Multikollinearität: Der VIF-Wert betrug 1.03, der Toleranzwert betrug 0.97. VIF-Werte < 10 sowie Toleranzwerte > 0.10 weisen darauf hin, dass keine Multikollinearität vorliegt (Field, 2005). Daher konnte Multikollinearität ausgeschlossen werden.

Homoskedastizität: Die Abbildung 0.10 im Anhang C (S. 208) zeigt, dass keine Heteroskedastizität vorlag (Field, 2005).

Unabhängigkeit der Residuen: Der Durbin-Watson-Wert betrug 2.17. Durbin-Watson-Werte zwischen 1 und 3 weisen auf Unabhängigkeit der Fehler hin (Field, 2005). Daher konnte die Unabhängigkeit der Fehler angenommen werden.

Normalverteilung der Residuen: Die Abbildung 0.9 im Anhang C (S. 208) zeigt, dass die Residuen normalverteilt waren (Field, 2005).

Linearität der Residuen und der vorhergesagten Werte: Die Abbildung 0.10 im Anhang C (S. 208) zeigt, dass Linearität gegeben war (Field, 2005).

A.9) Regressionsanalyse mit der HAMD₁₇ zu t₃ als abhängige Variable

Verhältnis Prädiktorenzahl/Stichprobengröße: Nach Green (1991, zitiert nach Field, 2005) wird, wenn individuelle Prädiktoren getestet werden, die Stichprobengröße wie folgt berechnet: $104 + k$ (k = Anzahl der Prädiktoren). Es wurden zwölf Prädiktoren in die Analyse einbezogen. Das macht eine Mindeststichprobengröße von 116 Patienten notwendig. Da in die Analyse 154 Patienten einbezogen worden waren, war dieses Kriterium erfüllt.

Multikollinearität: Der VIF-Wert betrug 1.02, der Toleranzwert betrug 0.98. VIF-Werte < 10 sowie Toleranzwerte > 0.10 weisen darauf hin, dass keine Multikollinearität vorliegt (Field, 2005). Daher konnte Multikollinearität ausgeschlossen werden.

Homoskedastizität: Die Abbildung 0.12 im Anhang C (S. 208) zeigt, dass Heteroskedastizität nicht ausgeschlossen werden konnte (Field, 2005).

Unabhängigkeit der Residuen: Der Durbin-Watson-Wert betrug 2.27. Durbin-Watson-Werte zwischen 1 und 3 weisen auf Unabhängigkeit der Fehler hin (Field, 2005). Daher konnte die Unabhängigkeit der Fehler angenommen werden.

Normalverteilung der Residuen: Die Abbildung 0.11 im Anhang C (S. 208) zeigt, dass die Residuen normalverteilt waren (Field, 2005).

Linearität der Residuen und der vorhergesagten Werte: Die Abbildung 0.12 im Anhang C (S. 208) zeigt, dass Linearität gegeben war (Field, 2005).

A.10) Regressionsanalyse mit dem PSF12 zu t₃ als abhängige Variable

Verhältnis Prädiktorenzahl/Stichprobengröße: Nach Green (1991, zitiert nach Field, 2005) wird, wenn individuelle Prädiktoren getestet werden, die Stichprobengröße wie folgt berechnet: $104 + k$ (k = Anzahl der Prädiktoren). Es wurden 13 Prädiktoren in die Analyse einbezogen. Das macht eine Mindeststichprobengröße von 117 Patienten notwendig. Da in die Analyse 125 Patienten einbezogen worden waren, war dieses Kriterium erfüllt.

Multikollinearität: Der VIF-Wert betrug 1.11, der Toleranzwert betrug 0.90. VIF-Werte < 10 sowie Toleranzwerte > 0.10 weisen darauf hin, dass keine Multikollinearität vorliegt (Field, 2005). Daher konnte Multikollinearität ausgeschlossen werden.

Homoskedastizität: Die Abbildung 0.14 im Anhang C (S. 209) zeigt, dass keine Heteroskedastizität vorlag (Field, 2005).

Unabhängigkeit der Residuen: Der Durbin-Watson-Wert betrug 2.03. Durbin-Watson-Werte zwischen 1 und 3 weisen auf Unabhängigkeit der Fehler hin (Field, 2005). Daher konnte die Unabhängigkeit der Fehler angenommen werden.

Normalverteilung der Residuen: Die Abbildung 0.13 im Anhang C (S. 209) zeigt, dass die Verteilung der Residuen nicht stark von der Normalverteilung abwich (Field, 2005).

Linearität der Residuen und der vorhergesagten Werte: Die Abbildung 0.14 im Anhang C (S. 209) zeigt, dass Linearität gegeben war (Field, 2005).

A.11) Regressionsanalyse mit dem KSF12 zu t_3 als abhängige Variable

Verhältnis Prädiktorenzahl/Stichprobengröße: Nach Green (1991, zitiert nach Field, 2005) wird, wenn individuelle Prädiktoren getestet werden, die Stichprobengröße wie folgt berechnet: $104 + k$ (k = Anzahl der Prädiktoren). Es wurden 13 Prädiktoren in die Analyse einbezogen. Das macht eine Mindeststichprobengröße von 117 Patienten notwendig. Da in die Analyse 125 Patienten einbezogen worden waren, war dieses Kriterium erfüllt.

Multikollinearität: Der VIF-Wert betrug 1.12, der Toleranzwert betrug 0.89. VIF-Werte < 10 sowie Toleranzwerte > 0.10 weisen darauf hin, dass keine Multikollinearität vorliegt (Field, 2005). Daher konnte Multikollinearität ausgeschlossen werden.

Homoskedastizität: Die Abbildung 0.16 im Anhang C (S. 209) zeigt, dass Heteroskedastizität nicht ausgeschlossen werden konnte (Field, 2005).

Unabhängigkeit der Residuen: Der Durbin-Watson-Wert betrug 1.89. Durbin-Watson-Werte zwischen 1 und 3 weisen auf Unabhängigkeit der Fehler hin (Field, 2005). Daher konnte die Unabhängigkeit der Fehler angenommen werden.

Normalverteilung der Residuen: Die Abbildung 0.15 im Anhang C (S. 209) zeigt, dass die Verteilung der Residuen nicht stark von der Normalverteilung abwich (Field, 2005).

Linearität der Residuen und der vorhergesagten Werte: Die Abbildung 0.16 im Anhang C (S. 209) zeigt, dass Linearität gegeben war (Field, 2005).

Anhang B: Voraussetzungsprüfungen II

Überprüfung der Voraussetzungen für die statistischen Analysen zur Untersuchung von Unterschieden im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen.

B.1) Zweifaktorielle multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor und den Werten im BDI und BSI-GSI als abhängige Variablen

Da Verletzungen der Voraussetzungen für den BSI-GSI vorlagen, wurde eine reziprok-Transformation der BSI-GSI-Werte zu allen drei Messzeitpunkten vorgenommen ($\text{BSI-GSI}_{\text{reziprok}}$). Weder im BDI noch im $\text{BSI-GSI}_{\text{reziprok}}$ lagen zu den drei Messzeitpunkten univariate Ausreißerwerte ($z > / 2.58$) vor. Auch gab es keine multivariaten Ausreißerwerte. Nach der Datentransformation war Varianzhomogenität gegeben. Die Normalverteilung der Rohwerte war in einigen Teilstichproben verletzt (siehe Tabelle 0.7 im Anhang C, S. 210 f.). Homogenität der Varianz-Kovarianzmatrix war gegeben ($F(63; 3633) = 1.29, p = .06$). Deshalb wurde das Pillai-Spur-Kriterium verwendet, das bei ungleichen Stichprobengrößen und Homogenität der Varianz-Kovarianzmatrizen gegenüber Verletzungen der multivariaten Normalverteilung robust ist (Field, 2005). Sphärizität war nicht gegeben (BDI: $\chi^2(2) = 14.96, p = .001$; BSI-GSI: $\chi^2(2) = 11.33, p = .003$), weshalb ein multivariater Zugang für Messwiederholungsanalysen (Tabachnick & Fidell, 2007) gewählt wurde, da dieser von Sphärizitätsannahmen unabhängig ist.

B.2) Univariate zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor und der HAMD₁₇ als abhängige Variable

Es lagen zu keinem der drei Messzeitpunkte univariate Ausreißerwerte ($z > / 2.58$) vor. Varianzhomogenität war gegeben. Normalverteilung der Rohwerte war für einige Teilstichproben verletzt (siehe Tabelle 0.7 im Anhang C, S. 210 f.). Deshalb wurde das Pillai-Spur-Kriterium verwendet, das bei ungleichen Stichprobengrößen und Homogenität der Varianz-Kovarianzmatrizen gegenüber möglichen Verletzungen der Normalverteilung robust ist (Field, 2005). Sphärizität war gegeben ($\chi^2(2) = 5.40, p = .07$).

B.3) Regressionsanalyse mit BSI-GSI zu t_3 als abhängige Variable

Da die Voraussetzungen für eine multiple Regressionsanalyse mit dem BSI-GSI zu t_3 verletzt waren, wurde eine Wurzel-Transformation der BSI-GSI-Werte zu t_3 vorgenommen ($\text{BSI-GSI}_{\text{Wurzel}}$).

Verhältnis Prädiktorenzahl/Stichprobengröße: Nach Green (1991, zitiert nach Field, 2005) wird, wenn individuelle Prädiktoren getestet werden, die Stichprobengröße wie folgt berechnet: $104 + k$ (k = Anzahl der Prädiktoren). Es wurden neun Prädiktoren in die Analyse einbezogen. Das macht eine Mindeststichprobengröße von 113 Patienten notwendig. Da in die Analyse 135 Patienten einbezogen worden waren, war dieses Kriterium erfüllt.

Multikollinearität: Der VIF-Wert betrug 1.0, der Toleranzwert betrug 1.0. VIF-Werte < 10 sowie Toleranzwerte > 0.10 weisen darauf hin, dass keine Multikollinearität vorliegt (Field, 2005). Daher konnte Multikollinearität ausgeschlossen werden.

Homoskedastizität: Die Abbildung 0.18 im Anhang C (S. 212) zeigt, dass keine Heteroskedastizität vorlag (Field, 2005).

Unabhängigkeit der Residuen: Der Durbin-Watson-Wert betrug 1.94. Durbin-Watson-Werte zwischen 1 und 3 weisen auf Unabhängigkeit der Fehler hin (Field, 2005). Daher konnte die Unabhängigkeit der Fehler angenommen werden.

Normalverteilung der Residuen: Die Abbildung 0.17 im Anhang C (S. 212) zeigt, dass die Residuen normalverteilt waren (Field, 2005).

Linearität der Residuen und der vorhergesagten Werte: Die Abbildung 0.18 im Anhang C (S. 212) zeigt, dass Linearität gegeben war (Field, 2005).

B.4) Regressionsanalyse mit HAMD₁₇ zu t₃ als abhängige Variable

Verhältnis Prädiktorenzahl/Stichprobengröße: Nach Green (1991, zitiert nach Field, 2005) wird, wenn individuelle Prädiktoren getestet werden, die Stichprobengröße wie folgt berechnet: $104 + k$ (k = Anzahl der Prädiktoren). Es wurden neun Prädiktoren in die Analyse einbezogen. Das macht eine Mindeststichprobengröße von 113 Patienten notwendig. Da in die Analyse 126 Patienten einbezogen worden waren, war dieses Kriterium erfüllt.

Multikollinearität: Der VIF-Wert betrug 1.0, der Toleranzwert betrug 0.99. VIF-Werte < 10 sowie Toleranzwerte > 0.10 weisen darauf hin, dass keine Multikollinearität vorliegt (Field, 2005). Daher konnte Multikollinearität ausgeschlossen werden.

Homoskedastizität: Die Abbildung 0.20 im Anhang C (S. 212) zeigt, dass die Voraussetzung der Homoskedastizität verletzt war (Field, 2005).

Unabhängigkeit der Residuen: Der Durbin-Watson-Wert betrug 2.05. Durbin-Watson-Werte zwischen 1 und 3 weisen auf Unabhängigkeit der Fehler hin (Field, 2005). Daher konnte die Unabhängigkeit der Fehler angenommen werden.

Normalverteilung der Residuen: Die Abbildung 0.19 im Anhang C (S. 212) zeigt, dass die Residuen normalverteilt waren (Field, 2005).

Linearität der Residuen und der vorhergesagten Werte: Die Abbildung 0.20 im Anhang C (S. 212) zeigt, dass Linearität gegeben war (Field, 2005).

Anhang C: Tabellen und Abbildungen

Tabelle 0.1 *Ergebnis (Output) der Analyse mit G*Power zur a-priori-Bestimmung der Stichprobengröße bei der Untersuchung von Unterschieden im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen*

F tests - ANOVA: Repeated measures, between factors			
Analysis: A priori: Compute required sample size			
Input:	Effect size f	=	0.25
	α err prob	=	0.05
	Power (1- β err prob)	=	0.95
	Number of groups	=	2
	Number of measurements	=	3
	Corr among rep measures	=	0.5
Output:	Noncentrality parameter λ	=	13.3125000
	Critical F	=	3.9087414
	Numerator df	=	1.0000000
	Denominator df	=	140
	Total sample size	=	142
	Actual power	=	0.9518963

Tabelle 0.2 *Ergebnisse des „missing completely at random“-Tests zur Überprüfung der Zufälligkeit der Verteilung fehlender Werte in den eingesetzten Inventaren zu t_1 , t_2 und t_3*

	% fehlender Werte pro Item	df	χ^2	p
HAMD ₁₇ t_1		keine fehlenden Werte		
HAMD ₁₇ t_2		keine fehlenden Werte		
HAMD ₁₇ t_3		keine fehlenden Werte		
BDI t_1	< 5%	310	358.84	.03
BDI t_2	< 5%	293	326.89	.08
BDI t_3	< 5%	488	601.57	<.001
SF12 t_1	< 5%	291	425.09	<.001
SF12 t_2	< 5%	205	192.33	.73
SF12 t_3	< 5%	110	138.94	.03
BSI t_1	< 5%	1234	1209	.69
BSI t_2	< 5%	720	760.18	.15
BSI t_3	< 5%	1126	1434.81	<.001

Anmerkungen. **BDI:** Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇:** 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PSF12 & KSF12:** Skala *Psychische Gesundheit & Körperliche Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **t_1 :** Beginn der stationären Behandlung. **t_2 :** Ende der stationären Behandlung. **t_3 :** ein Jahr nach der stationären Behandlung.

Tabelle 0.3 Korrelationen (Pearson) zwischen den Inventaren zu t_1 , t_2 und t_3 (in **blau** sind die Korrelationen zu t_1 , in **rot** zu t_2 und in **grün** zu t_3 dargestellt)

	HAMD ₁₇	BDI	BSI-GSI	KSF12 ^a	PSF12 ^a
HAMD ₁₇		.25	.21	-.16	-.13
BDI	.44		.74	-.36	-.43
BSI-GSI	.25	.80		-.44	-.45
KSF12	-.26	-.49	-.46		-.13
PSF12 ^a	-.25	-.65	-.59	.25	
HAMD ₁₇		.78	.76	-.58	-.70
BDI			.91	-.66	-.81
BSI-GSI				-.68	-.81
KSF12 ^a					.51

Anmerkungen. $N = 159$.

BDI: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇:** 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PSF12 & KSF12:** Skala *Psychische Gesundheit & Körperliche Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **t₁:** Beginn der stationären Behandlung. **t₂:** Ende der stationären Behandlung. **t₃:** ein Jahr nach der stationären Behandlung.

^a Korrelationen mit dem KSF12 und PSF12 beruhen auf $n = 139$ für t_1 , $n = 147$ zu t_2 , $n = 145$ zu t_3 .

Tabelle 0.4 Ergebnisse zur Überprüfung der Normalverteilung und der Varianzhomogenität in den eingesetzten Inventaren zu t_1 , t_2 und t_3 in den Patientengruppen mit und ohne Persönlichkeitsstörungen

		Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung			Levene-Test auf Varianzhomogenität		
	Faktor „PS“	D	df	p	F	df	p
BDI _{Wurzel} t_1	ohne PS	0.08	100	.09	0.74	1; 165	.39
	mit PS	0.07	67	.20			
BDI _{Wurzel} t_2	ohne PS	0.08	100	.08	2.55	1; 165	.11
	mit PS	0.07	67	.20			
BDI _{Wurzel} t_3	ohne PS	0.08	100	.09	0.05	1; 165	.82
	mit PS	0.07	67	.20			
BSI-GSI _{reziorok} t_1	ohne PS	0.12	100	<.001	3.03	1; 165	.08
	mit PS	0.16	67	<.001			
BSI-GSI _{reziorok} t_2	ohne PS	0.09	99	.02	1.03	1; 164	.31
	mit PS	0.08	67	.20			
BSI-GSI _{reziorok} t_3	ohne PS	0.12	100	.001	0.15	1; 165	.70
	mit PS	0.15	67	.001			

Fortsetzung Tabelle 0.4

		Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung			Levene-Test auf Varianzhomogenität		
	Faktor „PS“	<i>D</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
BSI-GSI _{Wurzel} t ₃	ohne PS	0.09	100	.05	0.09	1; 165	.76
	mit PS	0.10	67	.19			
HAMD ₁₇ t ₁	ohne PS	0.13	100	<.001	3.47	1; 165	.06
	mit PS	0.12	67	.02			
HAMD ₁₇ t ₂	ohne PS	0.18	99	<.001	0.31	1; 164	.56
	mit PS	0.23	67	<.001			
HAMD ₁₇ t ₃	ohne PS	0.19	95	<.001	2.86	1; 155	.09
	mit PS	0.12	62	.03			
PSF12 t ₁	ohne PS	0.09	87	.09	0.81	1; 146	.37
	mit PS	0.14	61	.004			
PSF12 t ₂	ohne PS	0.07	89	.20	0.81	1; 153	.37
	mit PS	0.08	66	.20			
PSF12 t ₃	ohne PS	0.17	91	<.001	0.10	1; 151	.75
	mit PS	0.11	62	.08			
KSF12 t ₁	ohne PS	0.10	87	.03	3.86	1; 140	.051
	mit PS	0.12	61	.04			
KSF12 t ₂	ohne PS	0.11	89	.006	0.76	1; 153	.39
	mit PS	0.16	60	<.001			
KSF12 t ₃	ohne PS	0.24	91	<.001	0.06	1; 151	.80
	mit PS	0.13	62	.009			

Anmerkungen. **BDI:** Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇:** 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PSF12 & KSF12:** Skala *Psychische Gesundheit & Körperliche Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **PS:** Persönlichkeitsstörung. **reziprok:** reziprok-transformierter Wert. **t₁:** Beginn der stationären Behandlung. **t₂:** Ende der stationären Behandlung. **t₃:** ein Jahr nach der stationären Behandlung. **Wurzel:** Wurzel-transformierter Wert.

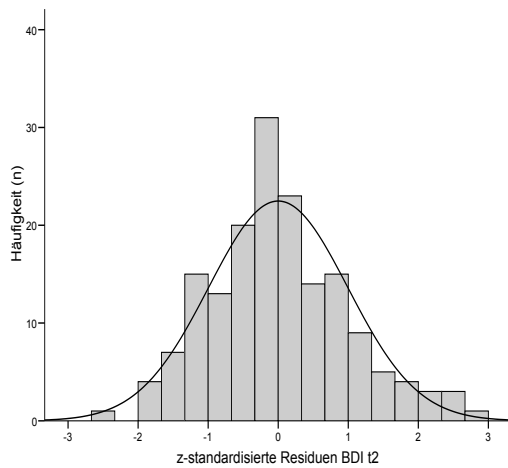


Abbildung 0.1 Verteilung der z-standardisierten Residuen im BDI zu t_2

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **t₂**: Ende der stationären Behandlung.

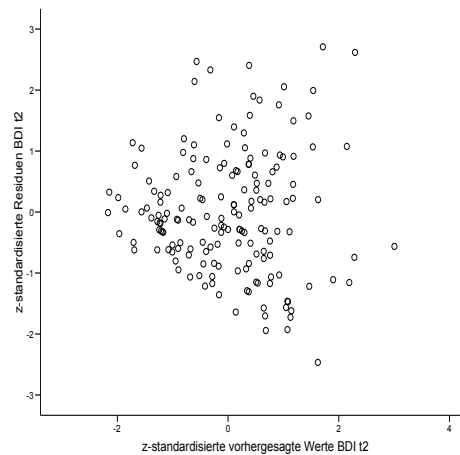


Abbildung 0.2 Verteilung der z-standardisierten Residuen im BDI zu t_2 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten im BDI zu t_2

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **t₂**: Ende der stationären Behandlung.

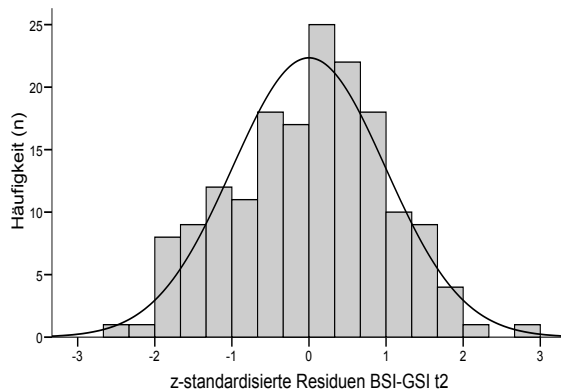


Abbildung 0.3 Verteilung der z-standardisierten Residuen im BSI-GSI_{reziprok} zu t_2

Anmerkungen. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **reziprok**: reziprok-transformierter Wert. **t₂**: Ende der stationären Behandlung.

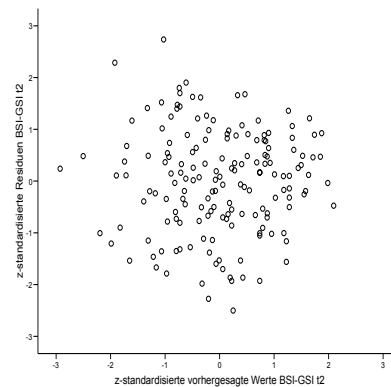


Abbildung 0.4 Verteilung der z-standardisierten Residuen im BSI-GSI_{reziprok} zu t_2 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten im BSI-GSI_{reziprok} zu t_2

Anmerkungen. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **reziprok**: reziprok-transformierter Wert. **t₂**: Ende der stationären Behandlung.

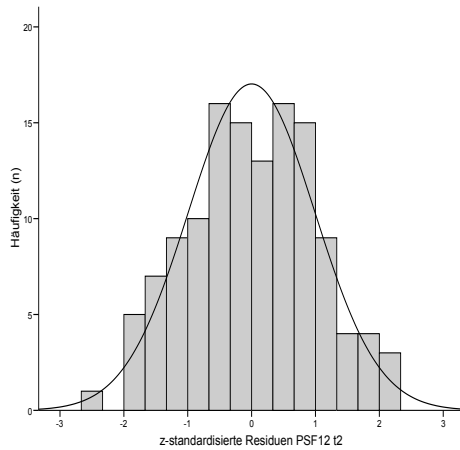


Abbildung 0.5 Verteilung der z-standardisierten Residuen im PSF12 zu t_2

Anmerkungen. **PSF12**: Skala *Psychische Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short-Form 12. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

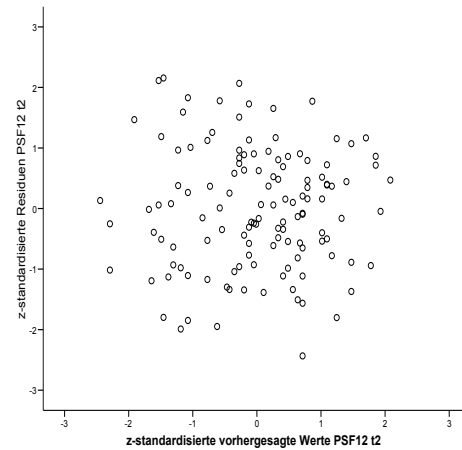


Abbildung 0.6 Verteilung der z-standardisierten Residuen im PSF12 zu t_2 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten im PSF12 zu t_2

Anmerkungen. **PSF12**: Skala *Psychische Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short-Form 12. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

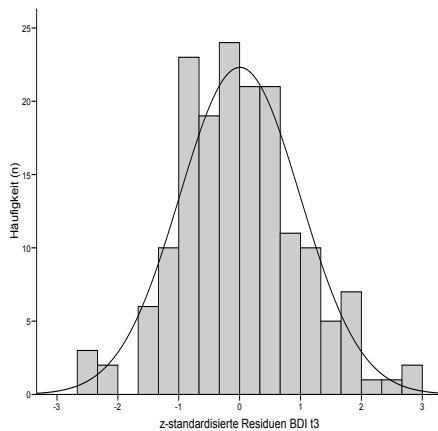


Abbildung 0.7 Verteilung der z-standardisierten Residuen im BDI_{Wurzel} zu t_3

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt. **Wurzel**: Wurzel-transformierter Wert.

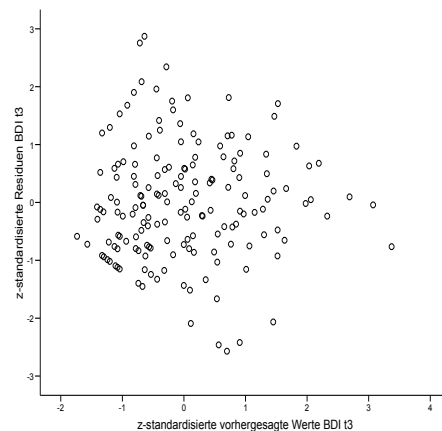


Abbildung 0.8 Verteilung der z-standardisierten Residuen im BDI_{Wurzel} zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten im BDI_{Wurzel} zu t_3

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt. **Wurzel**: Wurzel-transformierter Wert.

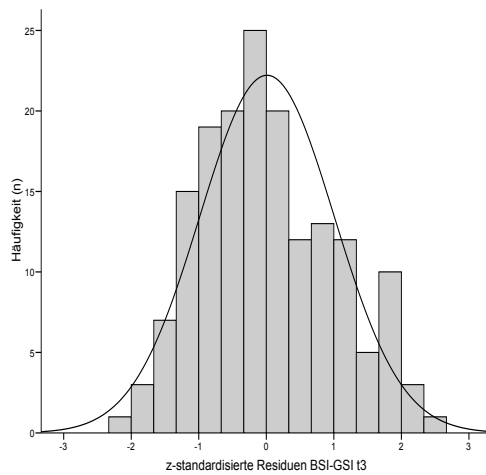


Abbildung 0.9 Verteilung der z-standardisierten Residuen im BSI-GSI_{Wurzel} zu t_3

Anmerkungen. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt. **Wurzel**: Wurzel-transformierter Wert.

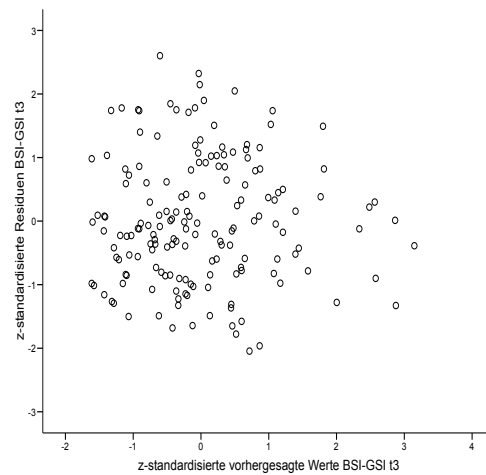


Abbildung 0.10 Verteilung der z-standardisierten Residuen im BSI-GSI_{Wurzel} zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten im BSI-GSI_{Wurzel} zu t_3

Anmerkungen. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt. **Wurzel**: Wurzel-transformierter Wert.

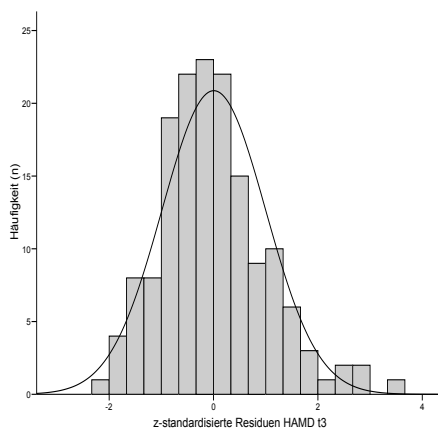


Abbildung 0.11 Verteilung der z-standardisierten Residuen in der HAMD₁₇ zu t_3

Anmerkungen. **HAMD₁₇**: 17-Item Version der Hamilton Depressionsskala. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

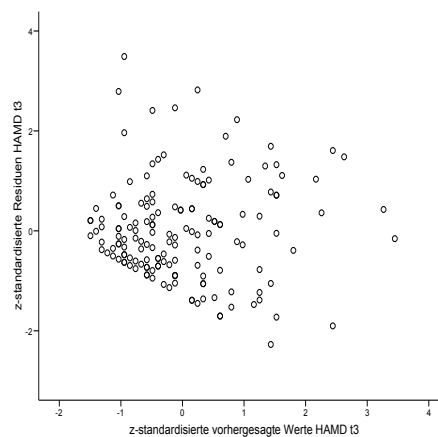


Abbildung 0.12 Verteilung der z-standardisierten Residuen in der HAMD₁₇ zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten in der HAMD₁₇ zu t_3

Anmerkungen. **HAMD₁₇**: 17-Item Version der Hamilton Depressionsskala. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

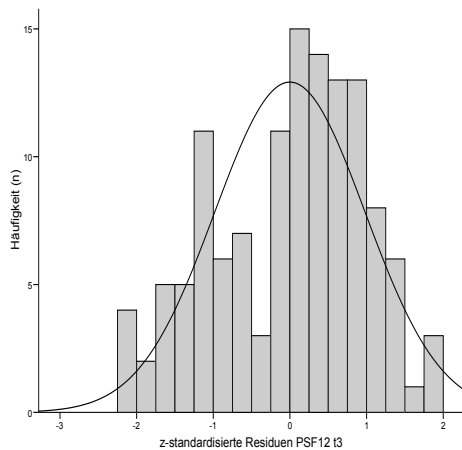


Abbildung 0.13 Verteilung der z-standardisierten Residuen im PSF12 zu t_3

Anmerkungen. **PSF12**: Skala *Psychische Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short-Form 12. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

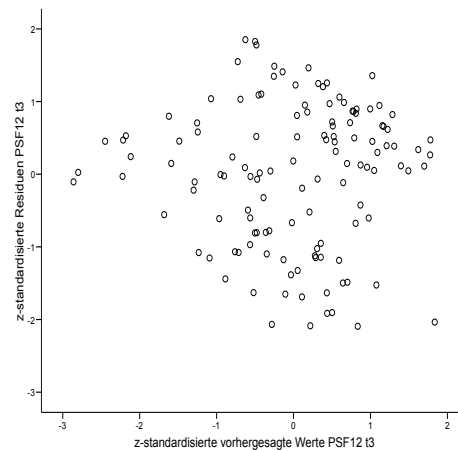


Abbildung 0.14 Verteilung der z-standardisierten Residuen im PSF12 zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten im PSF12 zu t_3

Anmerkungen. **PSF12**: Skala *Psychische Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short-Form 12. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

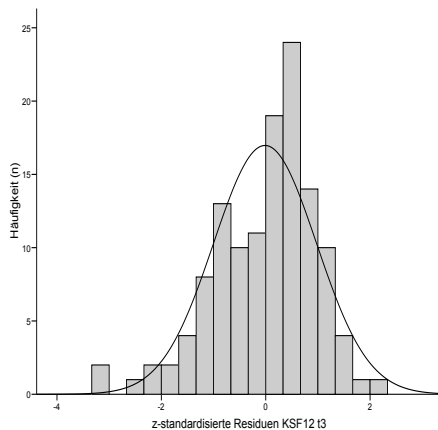


Abbildung 0.15 Verteilung der z-standardisierten Residuen im KSF12 zu t_3

Anmerkungen. **KSF12**: Skala *Körperliche Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short-Form 12. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

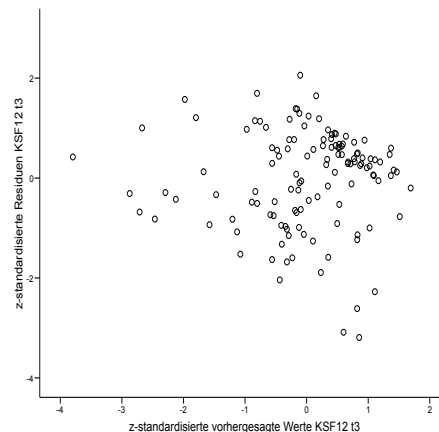


Abbildung 0.16 Verteilung der z-standardisierten Residuen im KSF12 zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten im KSF12 zu t_3

Anmerkungen. **KSF12**: Skala *Körperliche Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short-Form 12. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

Tabelle 0.5 Darstellung der in der vorliegenden Studie zur Berechnung des reliable change index verwendeten Test-Retestreliabilitätskoeffizienten (r_{tt})

Inventar	r_{tt}	Quelle
BDI	.72	Yin und Fan (2000)
HAMD ₁₇	.75	Schätzung aus den r_{tt} von Williams (1988) und Potts et al. (1990)
BSI-GSI	.90	Franke (2000)
PSF12	.75	Kuhl et al. (2004)
KSF12	.80	Kuhl et al. (2004)

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PSF12 & KSF12**: Skala *Psychische Gesundheit & Körperliche Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12.

Tabelle 0.6 Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) gesunder Normstichproben für die verwendeten Inventare

Inventar	M	SD	Quelle
BDI	6.45	5.20	Hautzinger (1991)
HAMD ₁₇	6.25	4.24	C. Grundy, Brigham, Lambert und E. Grundy (1996)
BSI-GSI	0.31	0.23	Franke (2000)
PSF12	52.24	8.10	Bullinger & Kirchberger (1998)
KSF12	49.03	9.35	Bullinger & Kirchberger (1998)

Anmerkungen. **BDI**: Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇**: 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **PSF12 & KSF12**: Skala *Psychische Gesundheit & Körperliche Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12.

Tabelle 0.7 Ergebnisse zur Überprüfung der Normalverteilung und der Varianzhomogenität in den eingesetzten Verfahren zu t_1 , t_2 und t_3 in den Patientengruppen mit selbstunsicherer/dependenter, zwanghafter bzw. Cluster B Persönlichkeitsstörung sowie der Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörungen

		Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung			Levene-Test auf Varianzhomogenität		
	Faktor „PS“	D	df	p	F	df	p
BDI t_1	keine PS	0.09	99	.07	0.46	3; 135	.71
	selbstun./depend. PS	0.18	11	.12			
	zwanghafte PS	0.18	13	.20			
	Cluster B PS	0.16	12	.20			
BDI t_2	keine PS	0.14	99	<.001	2.10	3; 135	.10
	selbstun./depend. PS	0.13	11	.20			
	zwanghafte PS	0.13	13	.20			
	Cluster B PS	0.14	12	.20			

Fortsetzung Tabelle 0.7

		Kolmogorov-Smirnov-Test auf Normalverteilung			Levene-Test auf Varianzhomogenität		
	Faktor „PS“	D	df	p	F	df	p
BDI t ₃	keine PS	0.16	99	<.001	1.68	3; 135	.17
	selbstun./depend. PS	0.14	11	.20			
	zwanghafte PS	0.17	13	.20			
	Cluster B PS	0.14	12	.20			
BSI-GSI _{reziprok} t ₁	keine PS	0.12	99	.002	2.71	3; 135	.051
	selbstun./depend. PS	0.22	11	.02			
	zwanghafte PS	0.15	13	.20			
	Cluster B PS	0.12	12	.20			
BSI-GSI _{reziprok} t ₂	keine PS	0.10	99	.03	0.58	3; 135	.63
	selbstun./depend. PS	0.10	11	.20			
	zwanghafte PS	0.13	13	.20			
	Cluster B PS	0.17	12	.20			
BSI-GSI _{reziprok} t ₃	keine PS	0.13	99	.001	1.00	3; 135	.40
	selbstun./depend. PS	0.20	11	.06			
	zwanghafte PS	0.24	13	.03			
	Cluster B PS	0.18	12	.14			
BSI-GSI _{Wurzel} t ₃	keine PS	0.09	99	.05	0.44	3; 136	.72
	selbstun./depend. PS	0.16	17	.20			
	zwanghafte PS	0.23	14	.04			
	Cluster B PS	0.13	17	.20			
HAMD ₁₇ t ₁	keine PS	0.13	93	.001	0.39	3; 135	.76
	selbstun./depend. PS	0.24	10	.02			
	zwanghafte PS	0.19	11	.20			
	Cluster B PS	0.16	12	.20			
HAMD ₁₇ t ₂	keine PS	0.18	93	<.001	0.24	3; 135	.87
	selbstun./depend. PS	0.27	10	.003			
	zwanghafte PS	0.24	11	.05			
	Cluster B PS	0.24	12	.01			
HAMD ₁₇ t ₃	keine PS	0.19	93	<.001	1.37	3; 135	.26
	selbstun./depend. PS	0.21	10	.07			
	zwanghafte PS	0.19	11	.20			
	Cluster B PS	0.12	12	.20			

Anmerkungen. **BDI:** Beck Depressionsinventar. **BSI-GSI:** Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. **HAMD₁₇:** 17-Item-Version der Hamilton Depressionsskala. **log:** log-transformierter Wert. **PSF12 & KSF12:** Skala *Psychische Gesundheit & Körperliche Gesundheit* des Gesundheitsfragebogens Short Form 12. **PS:** Persönlichkeitsstörung. **selbstun./depend. PS:** vermeidend-selbstunsichere und/oder dependente PS. **reziprok:** reziprok-transformierter Wert. **t₁:** Beginn der stationären Behandlung. **t₂:** Ende der stationären Behandlung. **t₃:** ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt. **Wurzel:** Wurzel-transformierter Wert.

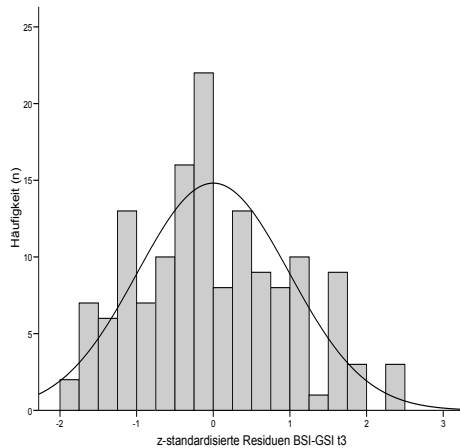


Abbildung 0.17 Verteilung der z-standardisierten Residuen im BSI-GSI_{Wurzel} zu t_3

Anmerkungen. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt. _{Wurzel}: Wurzel-transformierter Wert.

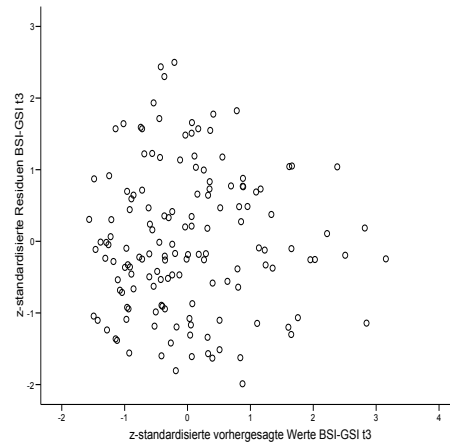


Abbildung 0.18 Verteilung der z-standardisierten Residuen im BSI-GSI_{Wurzel} zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten im BSI-GSI_{Wurzel} zu t_3

Anmerkungen. **BSI-GSI**: Global Severity Index des Brief Symptom Inventory. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt. _{Wurzel}: Wurzel-transformierter Wert.

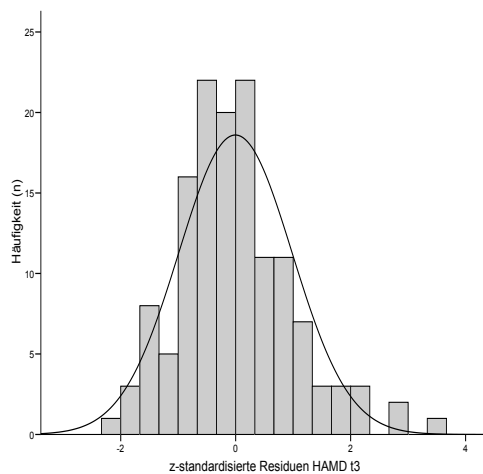


Abbildung 0.19 Verteilung der z-standardisierten Residuen in der HAMD₁₇ zu t_3

Anmerkungen. **HAMD₁₇**: 17-Item Version der Hamilton Depressionsskala. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

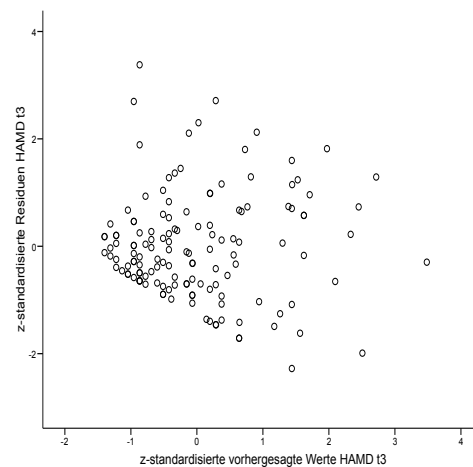


Abbildung 0.20 Verteilung der z-standardisierten Residuen in der HAMD₁₇ zu t_3 in Abhängigkeit von den z-standardisierten vorhergesagten Werten in der HAMD₁₇ zu t_3

Anmerkungen. **HAMD₁₇**: 17-Item Version der Hamilton Depressionsskala. t_3 : ein Jahr nach dem stationären Aufenthalt.

Tabelle 0.8 Korrelationen zwischen dem Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen und den Werten in der HAMD₁₇ und im BDI zu Behandlungsbeginn

	<i>n</i> _{mit PS}	BDI <i>r</i> _{biserial}	HAMD ₁₇ <i>r</i> _{biserial}
vermeidend-selbstunsichere PS	21	.06	-.02
dependente PS	7	.23	.21
zwanghafte PS	22	.10	-.01
depressive PS	16	.23	.14
negativistische PS ^a	2	-	-
paranoide PS	6	.08	-.02
schizoide PS ^a	2	-	-
schizotype PS ^a	1	-	-
histrionische PS	5	-.05	.03
narzisstische PS	9	-.08	-.06
Borderline PS	16	.27	.15
antisoziale PS ^a	2	-	-

Anmerkungen. **BDI:** Beck Depressionsinventar. **HAMD₁₇:** 17-Item-Version der Hamilton Depressions-skala. **PS:** Persönlichkeitsstörung.

^a für die negativistische, schizoide, schizotype und antisoziale PS wurden wegen $n < 5$ keine Korrelationen berechnet (Field, 2005).

Tabelle 0.9 Ergebnisse zum Vergleich der Patienten mit und ohne Persönlichkeitsstörungen hinsichtlich der Werte im CGI, GAF, DAS und ADS zu t_1 und t_2

	<i>N</i>	ohne PS mittlerer Rang	mit PS mittlerer Rang	<i>U</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	
CGI t_1^a	161	82.44	82.16	3226.5	-0.09	.93	
CGI t_2^a	161	78.25	84.95	2874.0	-0.93	.35	
GAF t_1^a	159	78.07	82.87	2856.5	-0.69	.49	
GAF t_2^a	159	84.19	75.24	2755.0	-1.25	.21	
	<i>N</i> ohne PS, mit PS	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
ADS t_1^b	99, 68	33.47 (9.97)	38.54 (9.96)	1;165	10.43	.001	.51
ADS t_2^b	99, 68	16.95 (10.02)	21.31 (12.79)	1;165	6.08	.015	.38
DAS _{Gesamt} t_1^b	100, 68	129.51 (33.07)	155.79 (33.13)	1;166	25.53	<.001	.79
DAS _{Gesamt} t_2^b	100, 68	121.16 (31.79)	141.79 (35.66)	1;166	15.44	<.001	.85

Anmerkungen. **ADS:** Allgemeine Depressionsskala. **CGI:** Skala zur Erfassung des globalen Schweregrades der Erkrankung (Clinical Global Impression Scale). **DAS:** Skala dysfunktionaler Einstellungen (Dysfunctional Attitude Scale). **GAF:** Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (Global Assessment of Functioning Scale). **PS:** Persönlichkeitsstörung. t_1 : Beginn der stationären Behandlung. t_2 : Ende der stationären Behandlung.

^a Mann-Whitney-U-Test.

^b Univariate Varianzanalyse (Zwischensubjektfaktor „PS“ 2-fach gestuft).

Tabelle 0.10 Ergebnis (Output) der Analyse mit G*Power zur Post-hoc-Berechnung der Teststärke bei der Untersuchung von Unterschieden im Behandlungserfolg zwischen Patienten mit Cluster B bzw. Cluster C Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen

F tests - MANOVA: Repeated measures, within-between interaction

Analysis:	Post hoc: Compute achieved power		
Input:	Effect size f(V)	=	0.2
	α err prob	=	0.05
	Total sample size	=	135
	Number of groups	=	4
	Number of measurements	=	3
Output:	Noncentrality parameter λ	=	10.8000000
	Critical F	=	2.1332737
	Numerator df	=	6.0000000
	Denominator df	=	262
	Power (1- β err prob)	=	0.6714706
	Pillai V	=	0.0769231
	Actual power	=	0.9518963

F tests - MANOVA: Repeated measures, between factors

Analysis:	Post hoc: Compute achieved power		
Input:	Effect size f	=	0.2
	α err prob	=	0.05
	Total sample size	=	135
	Number of groups	=	4
	Number of measurements	=	3
	Corr among rep measures	=	0.5
Output:	Noncentrality parameter λ	=	8.1000000
	Critical F	=	2.6737476
	Numerator df	=	3.0000000
	Denominator df	=	131
	Power (1- β err prob)	=	0.6456483
	Pillai V	=	0.0566038

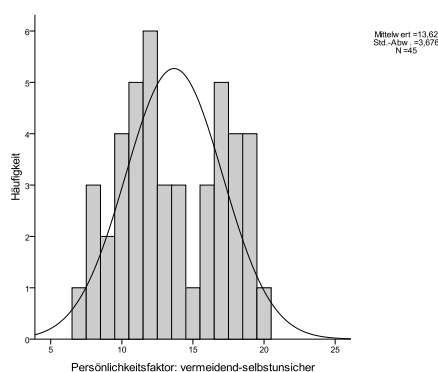


Abbildung 0.21 Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „vermeidend-selbstunsicher“

Anmerkung. max. Range 7-21.

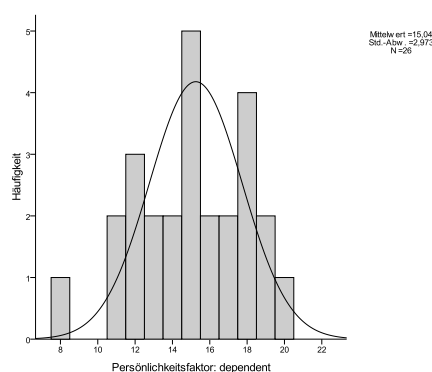


Abbildung 0.22 Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „dependent“

Anmerkung. max. Range 8-24.

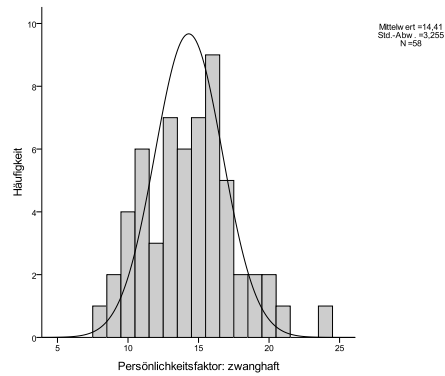


Abbildung 0.23 Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „zwanghaft“

Anmerkung. max. Range 8-24.

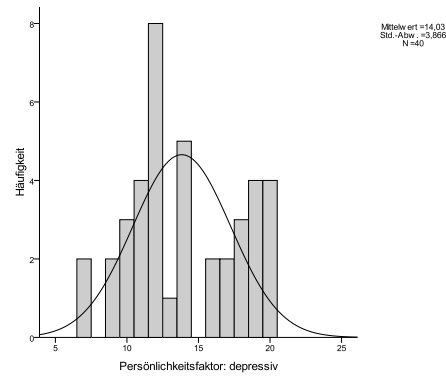


Abbildung 0.24 Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „depressiv“

Anmerkung. max. Range 7-21.

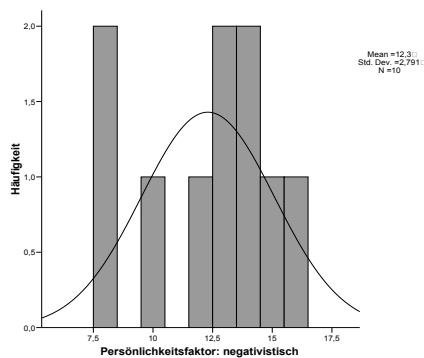


Abbildung 0.25 Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „negativistisch“

Anmerkung. max. Range 7-21.

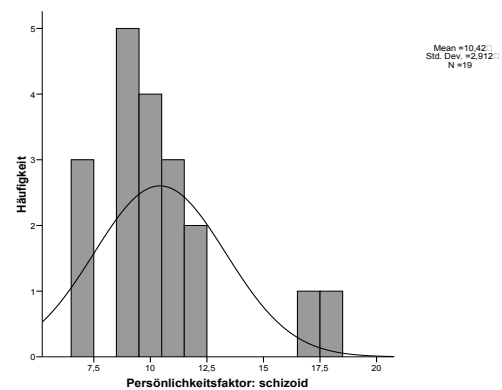


Abbildung 0.26 Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „schizoid“

Anmerkung. max. Range 7-21.

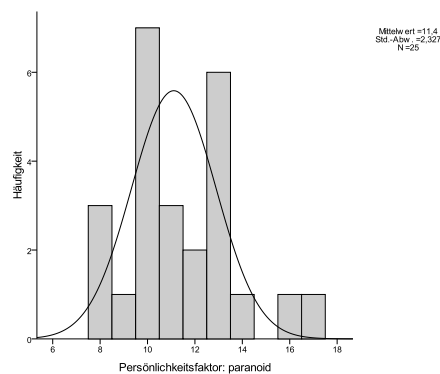


Abbildung 0.27 Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „paranoid“

Anmerkung. max. Range 7-21.

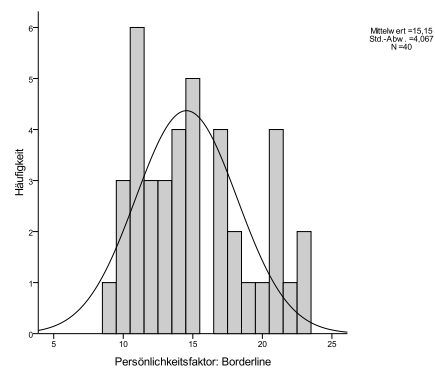


Abbildung 0.28 Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „Borderline“

Anmerkung. max. Range 9-27.

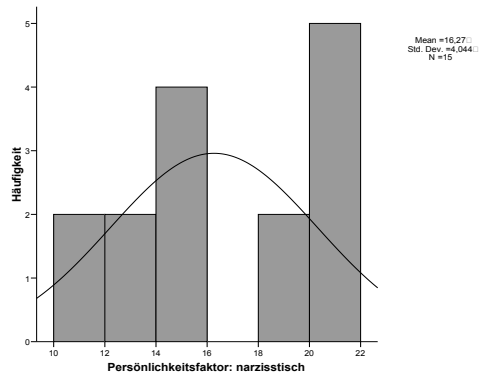


Abbildung 0.29 Verteilung der dimensionalen Werte für den Persönlichkeitsfaktor „narzisstisch“

Anmerkung. max. Range 9-27.

Tabelle 0.11 Korrelationen zwischen dem Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen der Persönlichkeitsstörungen und dem dazugehörigen dimensional SKID-II-Score (Ausprägungsgrad des Persönlichkeitsfaktors)

	N	r_{biserial}
vermeidend-selbstunsicher	45	.83
dependent	26	.68
zwanghaft	58	.63
Borderline	39	.79
narzisstisch	15	.69
histrionisch ^a	2	-
antisozial ^a	1	-
paranoid	25	.88
schizoid	19	.86
schizotyp ^a	2	-
depressiv	40	.80
negativistisch ^b	-	-

Anmerkungen. ^a Es wurden keine Korrelationen berechnet, da $n < 5$ (Field, 2005).

^b Es liegen keine negativistischen Persönlichkeitsstörungen vor.

Tabelle 0.12 Häufigkeiten (n) des gemeinsamen Auftretens von Persönlichkeitsstörungen („innere Komorbidität“) bei 168 Patienten

	Total ^a	# Kom ^b	Mult ^c	par	schizoi	schizot	his	BL	nar	anti	vermei	dep	zwa	depr	neg
par	6	2	67												
schizoi	2	0	-	0											
schizot	1	1	-	0	0										
his	5	3	40	0	0	0									
BL	16	3	81	3	0	0	1								
nar	9	4	56	1	0	0	0	1							
anti	2	1	-	0	0	0	0	0	0						
vermei	21	8	62	0	2	0	0	3	1	0					
dep	7	2	71	0	0	0	0	1	0	0	3				
zwa	22	13	41	2	0	0	1	2	2	1	1	0			
depr	16	0	100	1	0	0	0	6	3	0	7	3	2		
neg	2	0	-	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	

Anmerkungen. **par:** paranoide PS. **schizoi:** schizoide PS. **schizot:** schizotyp PS. **his:** histrionische PS. **BL:** Borderline PS. **nar:** narzisstische PS. **anti:** antisoziale PS. **vermei:** vermeidend-selbstunsichere PS. **dep:** depressive PS. **zwa:** zwanghafte PS. **depr:** depressive PS. **neg:** negativistische PS. **PS:** Persönlichkeitsstörung.

^a **Total:** Anzahl der Patienten mit dieser PS-Diagnose.

^b **# Kom:** Anzahl der Patienten mit singulärer PS-Diagnose.

^c **Mult:** Prozentuale Häufigkeiten multipler Diagnosen, bezogen auf die jeweilige PS (nur für Diagnosen mit $n \geq 5$).

Tabelle 0.13 Korrelationen zwischen den dimensionalen SKID-II-Scores (Ausprägungen auf den Persönlichkeitsfaktoren) sowie zwischen dem Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen der jeweiligen Persönlichkeitsstörung und den Differenzwerten t_1-t_2 und t_3-t_2 in der HAMD₁₇, im BDI und im BSI-GSI sowie die Ergebnisse des statistischen Vergleichs dieser Korrelationen (Formel siehe Bortz, 1999, S. 213)

	$r_{t_1-t_2}$ HAMD ₁₇			$r_{t_1-t_2}$ BDI			$r_{t_1-t_2}$ BSI-GSI			$r_{t_3-t_2}$ HAMD ₁₇			$r_{t_3-t_2}$ BDI			$r_{t_3-t_2}$ BSI-GSI		
	dim.	kat.	z-Wert ^a	dim.	kat.	z-Wert ^a	dim.	kat.	z-Wert ^a	dim.	kat.	z-Wert ^a	dim.	kat.	z-Wert ^a	dim.	kat.	z-Wert ^a
paranoid ^b	25; 22	-.21	.00 ^{n.s.}	-.19	-.31	-.71 ^{n.s.}	-.18	-.29	-.65 ^{n.s.}	-.08	-.17	-.48 ^{n.s.}	-.02	-.26	-.139 ^{n.s.}	.15	-.10	.29 ^{n.s.}
schizoid ^{b,d}	19; 18	.37	.23	.39	.27	-	.30	.22	-	.62*	.12	-	.37	.35	-	.34	.41*	-
schizotyp ^e	4; 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Borderline ^c	39; 38	.01	.15	.05	.17	-1.12 ^{n.s.}	.13	.25	-1.13 ^{n.s.}	<.001	.09	-.82 ^{n.s.}	.15	.22	-.67 ^{n.s.}	.10	.22	-1.13 ^{n.s.}
narzisstisch ^{b,d}	15; 14	-.003	-.26	-.14	-.19	-	-.05	.07	-	-.48	-.26	-	-.41	-.18	-	-.50*	-.14	-
histrionisch ^e	3; 2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
antisozial ^e	2; 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
vermeidend-selbstunsicher ^c	45; 43	.10	.05	.17	-.01	1.79*	.12	.06	.66 ^{n.s.}	.22	.14	.87 ^{n.s.}	.20	.12	.91 ^{n.s.}	.15	.06	1.01 ^{n.s.}
dependent ^b	26; 23	-.05	-.28	-.36*	-.30	.38 ^{n.s.}	-.22	-.23	.06 ^{n.s.}	.31	.14	.98 ^{n.s.}	-.02	-.09	-.42 ^{n.s.}	.11	.02	.54 ^{n.s.}
zwanghaft ^c	58; 55	.17	.16	.32*	.20	1.08 ^{n.s.}	.23*	.05	1.57 ^{n.s.}	.07	-.03	.34 ^{n.s.}	-.04	.07	.26 ^{n.s.}	-.01	-.004	.04 ^{n.s.}
depressiv ^c	40; 37	.18	.13	.12	.06	.58 ^{n.s.}	.11	.01	.96 ^{n.s.}	.24	.25	-.09 ^{n.s.}	.31	.33*	-.20 ^{n.s.}	.35*	.30*	.50 ^{n.s.}
negativistisch ^f	10; 9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkungen: **dim.:** Korrelation zwischen dem dimensional SKID-II-Score für den jeweiligen Persönlichkeitsfaktor und den Differenzwerten t_1-t_2 bzw. t_3-t_2 in HAMD₁₇, BDI, BSI-GSI. **kat.:** Korrelation zwischen dem Vorliegen bzw. Nicht-Vorliegen der jeweiligen Persönlichkeitsstörung und den Differenzwerten t_1-t_2 bzw. t_3-t_2 in HAMD₁₇, BDI, BSI-GSI.

^a z-Wert für die Prüfung der Unterschiedlichkeit der Korrelationen der Werte für das dimensionale bzw. das kategoriale Modell mit den Differenzwerten t_1-t_2 & t_3-t_2 in HAMD, BDI, BSI-GSI.

^b dimensional. Spearmans Rangkorrelation, kategorial: biseriale Rangkorrelation.

^c dimensional. Pearson's Produkt-Moment-Korrelation, kategorial: biseriale Korrelation.

^d Die Korrelationen konnten für diesen Persönlichkeitsfaktor nicht statistisch miteinander verglichen werden, da der Test zum Vergleich abhängiger Korrelationen (siehe Bortz, 1999, S. 213) erst ab einer Stichprobengröße $N \geq 20$ gültig ist.

^e Es wurden keine Korrelationen berechnet, da $n < 5$ (Field, 2005).

^f Es liegen keine negativistischen Persönlichkeitsstörungen vor.

* $p < .05$. ^{n.s.} nicht signifikant.

Tabelle 0.14 Vergleich der Behandlungszufriedenheit von Patienten, die an der Katamnese teilnahmen („Completer“), und Patienten, die nicht für die Teilnahme an der Katamnese gewonnen werden konnten („Katamnese-Dropout“), anhand des ZUF.

	N Dropout, Completer	Katamnese- Dropout	Completer	χ^2	df	p	ϕ
Die Qualität der Behandlung, die ich erhalten habe, war <u>ausgezeichnet</u> bzw. <u>gut</u> .	52, 164	86.5 (45)	84.1 (138)	0.18	1	.68	-.03
Ich habe <u>eindeutig</u> die Behandlung bekommen, die ich wollte.	53, 163	28.3 (15)	34.3 (56)	0.66	1	.42	.06
Die Klinik hat <u>fast allen meiner Bedürfnisse</u> entsprochen.	51, 162	33.3 (17)	45.7 (74)	2.42	1	.12	.11
Ich würde <u>eindeutig</u> einem Freund die Klinik empfehlen, wenn er eine ähnliche Hilfe benötigen würde.	53, 163	60.4 (32)	70.6 (115)	1.91	1	.17	.09
Ich bin <u>sehr zufrieden</u> über das Ausmaß der Hilfe, welches ich in der Klinik erhalten habe.	52, 163	46.2 (24)	55.2 (90)	1.30	1	.25	.08
Die Behandlung, die ich in der Klinik erhalten habe, hat mir eine Menge geholfen, um angemessener mit meinen Problemen umgehen zu können.	54, 161	53.7 (29)	64.6 (104)	2.03	1	.15	.10
Ich bin im Großen und Ganzen sehr zufrieden mit der Behandlung, die ich erhalten habe.	52, 162	48.1 (25)	51.9 (84)	0.22	1	.64	.03
Ich würde eindeutig wieder in Ihre Klinik kommen, wenn ich wieder Hilfe bräuchte.	52, 163	61.5 (32)	68.1 (111)	0.76	1	.38	.06
Mir geht es im Vergleich zur Aufnahme jetzt viel besser.	54, 162	59.3 (32)	65.4 (106)	0.67	1	.41	.06

Anmerkung. ZUF: Fragebogen zur Patientenzufriedenheit (Schmidt et al., 1989).

Anhang D: Verwendete Inventare

Anhang D.1 Internationale Diagnosen Checkliste - Depressive Episode (IDCL)

IDCL Internationale Diagnosen Checkliste für ICD-10	
Depressive Episode	
Name: _____ Datum: _____ Alter: _____	
(1) Depressive Stimmung in einem für den Betroffenen deutlich abnormen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, weitgehend unbeeinflusst durch äußere Umstände und mindestens 2 Wochen anhaltend.	
Verdacht Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Verdacht Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
• Ermitteln Sie die Art der Symptomatik • Beziehen Sie alle Symptome auf den in (1) kodierten Zeitraum	
(2) Verlust von Interesse oder Freude an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind	
(3) Verminderter Antrieb oder erhöhte Ermüdbarkeit	
(4) Verlust von Selbstvertrauen oder Selbstwertgefühl	
(5) Unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte und unangemessene Schuldgefühle	
(6) Wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten	
(7) Klagen über oder Anzeichen für vermindertes Denk- oder Konzentrationsvermögen wie Unentschlossenheit oder Unschlüssigkeit	
(8) Änderung der psychomotorischen Aktivität mit Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)	
(9) Schlafstörungen jeder Art	
(10) Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung	
Ordnen Sie die angekreuzte Symptomatik zeitlich ein:	
Jetzt: <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Früher: <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Symptomatik besteht derzeit erstmalig	Symptomatik besteht derzeit und früher: Zeit und Lag auszuwählen früheren Zeitraum von _____
© 1996 IGOOF Medizinische Universitätsklinik Bonn	

Depressive Episode	
Seite 4	
Falls eine depressive Episode oder eine rezidivierende depressive Störung vorliegt: • Bestimmen Sie, ob die diagnostischen Kriterien für ein "somatisches Syndrom" erfüllt sind und tragen Sie entsprechend die fünfte Stelle der Diagnose ein (Seite 3).	
Somatisches Syndrom	
(1) Deutlicher Verlust von Interesse oder Freude an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind	Nein <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
(2) Mangelnde Fähigkeit, emotional auf Ereignisse oder Aktivitäten zu reagieren, auf die normalerweise eine emotionale Reaktion erfolgte	Nein <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
(3) Frühmorgendliches Erwachen zwei Stunden oder mehr vor der gewohnten Zeit	Nein <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
(4) Morgentief der Depression	Nein <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
(5) Objektive Hinweise für ausgeprägte psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit (von anderen bemerkt oder berichtet)	Nein <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
(6) Deutlicher Appetitverlust	Nein <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
(7) Gewichtsverlust (5% oder mehr im vergangenen Monat)	Nein <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
(8) Deutlicher Libidoverlust	Nein <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Mindestens 4 Merkmale aus (1) bis (8)	
Somatisches Syndrom	
Andere Diagnosen für Störungen mit depressiver Symptomatik:	
Bipolare affektive Störung (F30.x oder F31.x)	Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Dysthyreose (F34.1) oder Zykllothymie (F34.0)	Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Anpassungsstörung (F43.2)	Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Andere depressive Episode (F32.8) oder andere rezidivierende depressive Störung (F33.8)	Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Nicht näher bezeichnete depressive Episode (F32.9) oder nicht näher bezeichnete rez. depressive Störung (F33.9)	Verdacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Depressive Episode

Seite 2

Beurteilen Sie mit Hilfe der Symptome (1) bis (10):

Sind die unten aufgeführten Kriterien einer leichten, mittelschweren oder schweren Episode erfüllt?

leicht	mittelschwer	schwer
<p>♦ Insgesamt mindestens 4 der Symptome (1) bis (10), darunter mindestens 2 der Symptome (1) bis (3)</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>	<p>♦ Insgesamt mindestens 6 der Symptome (1) bis (10), darunter mindestens 2 der Symptome (1) bis (3)</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>	<p>♦ Insgesamt mindestens 8 der Symptome (1) bis (10), darunter alle 3 Symptome (1), (2) und (3)</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Verdacht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>

G1 Die depressive Episode dauert mindestens zwei Wochen an.

Nein ☐ Verdacht ☐ Ja ☐

G2 Schließen Sie aus: Hypomanie und Manie

Es bestanden *jedem* in der Vorgeschichte hypomanische oder manische Symptome, die die Kriterien einer hypomanischen oder manischen Episode erfüllen. (überprüfen Sie eine bipolare affektive Störung, Manie oder Hypomanie mit Hilfe der entsprechenden IDCL)

Ja ☐ Verdacht ☐ Nein ☐

G3 Schließen Sie aus: Organische Ätiologie

Die Episode ist auf den Konsum psychotroper Substanzen oder auf eine organische psychische Störung zurückzuführen.

Ja ☐ Verdacht ☐ Nein ☐

Falls G1 bis G3 erfüllt sind, und eine leichte, mittelschwere oder schwere Episode vorliegt:

Depressive Episode

Erwägen Sie andere Diagnosen für affektive Störungen (die Kategorien sind auf Seite 4 unten aufgelistet).

Falls keine spezifische affektive Störung vorliegt, erwägen Sie die Restkategorien für andere oder nicht näher bezeichnete depressive Episoden oder rezidivierende depressive Störungen (S. 4 unten).

Ordnen Sie die Episode diagnostisch ein (Seite 3):

erfüllt ☐ Verdacht ☐ nicht erfüllt ☐

Depressive Episode

Seite 3

Art der Störung

Depressive Episode
Nur bei einer einzigen (der ersten) depressiven Episode

Rezidivierende depressive Störung
Bei mindestens 2 depressiven Episoden (von denen eine Episode 2 Wochen oder länger gedauert haben muß), die durch eine Periode von mindestens 2 Monaten ohne deutliche affektive Symptome voneinander getrennt waren.

Anderer oder nicht näher bezeichnete depressive Störung
Kodieren Sie F32.8/9 oder F33.8/9 auf Seite 4 unten

Verdacht Ja ☐ 2 ☐ 3 ☐

Schweregrad der gegenwärtigen Symptomatik

Kodieren Sie entsprechend der Kriterien auf Seite 2

leicht ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

mittelschwer ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

schwer, ohne psychotische Symptome

schwer, mit psychotischen Symptomen
Vorliegen von Halluzinationen, Wahn oder depressivem Stupor, und keine Schizophrenie oder schizoaffective Störung, depressiver Typus.

gegenwärtig remittiert
Derzeit keine Kriterien einer spezifischen affektiven Störung erfüllt

andere (= 8), oder nicht näher bezeichnet (= 9)

Verdacht Ja ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Diagnose:

Tragen Sie ein: 3. Stelle der Diagnose
Art der Störung

Tragen Sie ein: 4. Stelle der Diagnose
Schweregrad der gegenwärtigen Symptomatik


Tragen Sie ein: 5. Stelle der Diagnose
Somatisches Syndrom (vgl. Seite 4)

F 3 .

bei psychotischen Symptomen:
nicht "somatisches Syndrom" kodieren,
sondern: stimmungskongruent = 0, stimmungskonkurrent = 1

ohne somatisches Syndrom = 0
mit somatischem Syndrom = 1

Anhang D.2 Checkliste zur Erfassung soziodemographischer Daten

Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Soziodemographische Daten		 Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk
Patientenetikett bitte hier aufkleben		Datum
Anleitung Bitte jeweils nur das zutreffende Item ankreuzen! Bitte alle Feststellungen beantworten!		
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	Eigene Kinder: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
Höchster erreichter Schulabschluss <input type="checkbox"/> Keiner <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Hochschulreife <input type="checkbox"/> unbekannt	Abgeschlossene Berufsbildung <input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> Fachschule <input type="checkbox"/> Hochschule <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> unbekannt	
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> _____		



Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Soziodemographische Daten

Derzeitige berufliche Situation

- ☐ Unbekannt ☐ berufstätig
☐ mithelfende(r) Familienangehörige(r)
☐ geschützt beschäftigt ☐ beurlaubt
☐ Hausfrau/ -mann ☐ arbeitslos
☐ Rente

- ☐ in Ausbildung / Umschulung
☐ Sozialhilfe

Wohnt bei der Aufnahme

- ☐ unbekannt
☐ allein
☐ mit (Ehe-)Partner(in) und /oder abh. Kindern
☐ in anderen Konstellation (z.B. WG o.ä.)
☐ betreute Wohnform (Heim, betreute WG o.ä.)
☐ ohne festen Wohnsitz
☐ wohnt bei den Eltern

Anhang D.3 Beck Depressionsinventar (BDI)

BDI Beck Depressions- Inventar

Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie

Name _____ Alter in Jahren

--	--	--	--	--

 Geschlecht

m	w
---	---

 Untersuchungsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0,1,2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie ihre Wahl treffen.

A

- Ich bin nicht traurig 0
 Ich bin traurig 1
 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los 2
 Ich bin so traurig und unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage 3

B

- Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft 0
 Ich sehe mutlos in die Zukunft 1
 Ich habe nichts worauf ich mich freuen kann 2
 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann 3

C

- Ich fühle mich nicht als Versager 0
 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt 1
 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge 2
 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein 3

D

- Ich kann die Dinge genauso genießen wie üblich 0
 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie üblich 1
 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen 2
 Ich bin mit allem unzufrieden und gelangweilt 3

E

- Ich habe keine Schuldgefühle 0
 Ich habe häufig Schuldgefühle 1
 Ich habe fast immer Schuldgefühle 2
 Ich habe immer Schuldgefühle 3

F

- Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein 0
 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden 1
 Ich erwarte, bestraft zu werden 2
 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein 3

G

- Ich bin nicht von mir enttäuscht 0
 Ich bin von mir enttäuscht 1
 Ich finde mich fürchterlich 2
 Ich hasse mich 3

H

- Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen 0
 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen 1
 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel 2
 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schief geht 3

I

- Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun 0
 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun 1
 Ich möchte mich am liebsten umbringen 2
 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte 3

J

- Ich weine nicht öfter als früher 0
 Ich weine jetzt mehr als früher 1
 Ich weine jetzt die ganze Zeit 2
 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr 3

BDI Beck Depressions- Inventar

Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie

K

- Ich bin nicht reizbarer als sonst 0
 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher 1
 Ich fühle mich dauernd gereizt 2
 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr 3

L

- Ich habe das Interesse an Menschen nicht verloren 0
 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher 1
 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren 2
 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren 3

M

- Ich bin so entschlossen wie immer 0
 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter auf als früher 1
 Es fällt mir schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen 2
 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen 3

N

- Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher 0
 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe 1
 Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen 2
 Ich finde mich hässlich 3

O

- Ich kann so gut arbeiten wie früher 0
 Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme 1
 Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen 2
 Ich bin unfähig zu arbeiten 3

P

- Ich schlafe so gut wie sonst 0
 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher 1
 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst 2
 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen 3

Q

- Ich ermüde nicht stärker als sonst 0
 Ich ermüde schneller als früher 1
 Fast alles ermüdet mich 2
 Ich bin zu müde, um etwas zu tun 3

R

- Mein Appetit nicht ist schlechter als sonst 0
 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher 1
 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen 2
 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr 3

S

- Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen 0
 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen 1
 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen 2
 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen 3

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen: Ja Nein

T

- Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst 0
 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfungen 1
 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwer fällt an etwas anderes zu denken 2
 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes zu denken 3

U

- Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt 0
 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher 1
 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex als früher 2
 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren 3

Summenwert:

Anhang D.4 Brief Symptom Inventory (BSI)

BSI



Name:.....

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Geburtsdatum:

Datum:

Anleitung:

Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie in den letzten sieben Tagen durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen sieben Tage bis heute. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort.

Bitte beantworten Sie jede Frage!

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

	überhaupt nicht	etwas	ziemlich	stark	sehr
	0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Nervosität oder innerem Zittern | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Gedächtnisschwierigkeiten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Herz- oder Brustschmerzen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Schlechtem Appetit | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?

12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
13. Gefühlsausbrüchen gegenüber denen Sie machtlos waren	0	1	2	3	4
14. Einsamkeitsgefühlen selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
15. dem Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
16. Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
17. Schwermut	0	1	2	3	4
18. Kreuzschmerzen	0	1	2	3	4
19. Dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
20. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
21. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4
23. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
24. dem Gefühl, dass sie andere beobachten oder über sie reden	0	1	2	3	4
25. Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
26. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren was sie tun	0	1	2	3	4
27. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
28. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U- Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
29. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
30. Hitzewallungen und Kälteschauern	0	1	2	3	4
31. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
32. Leere im Kopf	0	1	2	3	4
33. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4

34. dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
35. dem Gefühl, der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
36. Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
37. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
38. dem Gefühl gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
39. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
40. dem Drang irgendjemand zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
41. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
42. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
43. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
44. dem Eindruck sich einer anderen Person nie so richtig nah fühlen zu können	0	1	2	3	4
45. Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
46. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
47. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	0	1	2	3	4
48. mangelnde Anerkennung Ihrer Leistung durch andere	0	1	2	3	4
49. so starke Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
50. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
51. dem Gefühl, dass Sie Leute ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
52. Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4

Anhang D.5 Hamilton Depressionsskala (HAMD)

Leitfaden Hamiltoninterview



Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie

in Anlehnung an J.B.W. Williams

Übersetzung: Dipl.-Psych. S. Hoffmann

Original:

J.B.W. Williams (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Archives of General Psychiatry, 45, 742 – 747

- Nur zum internen Gebrauch -

Beurteilungszeitraum sind die letzten 7 Tage, davon ausgehend, dass die beim 1. Interview die Zeit vor dem Klinikaufenthalt abgebildet werden soll, beim 2. Interview die aktuelle Befindlichkeit.

Stellen Sie die 1. fett gedruckte Frage genauso wie formuliert.

Weitere spezifizierte Fragen stellen, bis hinreichend Informationen für eine verlässliche Beurteilung der Items vorliegen.

Einleitung:

Ich würde Ihnen gerne einige Fragen über die vergangene Woche stellen:

Punkt 1: Depressive Stimmung

Wie war ihre Stimmung in der vergangenen Woche?

Waren Sie traurig oder niedergeschlagen.... deprimiert oder hoffnungslos?

Mussten Sie weinen?

Hatten Sie das Gefühl, dass Sie weinen wollten, aber nicht konnten?

Wie oft haben Sie sich in der letzten Woche so gefühlt?

Wie haben Sie sich gefühlt, was die Zukunft angeht?

Können Sie sich vorstellen, dass es Ihnen bald wieder besser gehen wird?

Punkt 2: Schuldgefühle

Haben Sie sich selbst schlecht gemacht oder herabgesetzt, waren Sie mit sich selbst in der vergangenen Woche besonders kritisch?

Haben Sie sich für Dinge entschuldigt, die Sie getan haben?

Leitfaden Hamiltoninterview



Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie

Denken Sie, dass Sie kein guter Mensch sind?

Haben Sie das Gefühl, dass Sie an ihrem Zustand selbst schuld sind?

In welcher Weise? Wie stark ausgeprägt ist dieses Gefühl?

Denken Sie, dass Sie sich versündigt haben?

Punkt 3: Suizid

Hatten Sie in der letzten Woche das Gefühl, dass Ihr Leben nicht lebenswert ist, dass es besser wäre, wenn Sie tot wären?

Hatten Sie gedacht, sich das Leben zu nehmen?

Hatten Sie irgendetwas in dieser Richtung geplant?

Hatten Sie damit angefangen, diesen Plan auszuarbeiten?

Haben Sie tatsächlich einen Selbstmordversuch unternommen?

Punkt 4,5,6: Insomnie

Wie haben Sie in der letzten Woche geschlafen?

4: Schlafen Sie sofort ein, wenn Sie zu Bett gehen?

Haben Sie jede Nacht Einschlafschwierigkeiten?

Wie lange brauchen Sie zum Einschlafen?

5: Wenn Sie eingeschlafen sind, schlafen Sie dann gut?

Sind Sie unruhig oder werden gelegentlich wach?

Stehen Sie dann auf?

6: Wachen Sie frühmorgens auf?

Bleiben Sie dann wach oder schlafen Sie noch einmal ein?

Wachen Sie früher, also vor dem Wecker, auf?

Punkt 7: Arbeit und sonstige Tätigkeiten

Wie haben Sie in der letzten Woche (vor Klinikaufenthalt...) Ihre Zeit verbracht?

Sind Sie berufstätig?

Wie war es bei der Arbeit, Hausarbeit, bei Ihren Hobbys, Ihrem Privatleben?

Waren Sie noch interessiert oder mussten Sie sich zwingen?

Leitfaden Hamiltoninterview



Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie

Haben Sie mit einer Beschäftigung aufgehört, die Sie früher regelmäßig gemacht haben?
Bei stationärer Behandlung: Wie lange können Sie aktiv am Stationsprogramm teilnehmen?

Punkt 8: Depressive Hemmung

Sollte ausschließlich anhand der Beobachtung während des Gesprächs beurteilt werden und nicht anhand von Aussagen zu subjektiven Beschwerden.

Beachten Sie, ob Denken und Sprechen verlangsamt sind, die Konzentrationsfähigkeit und die motorische Aktivität eingeschränkt sind oder Apathie und Stupor zu beobachten sind.

Punkt 9: Psychomotorische Unruhe

Sollte anhand des Verhaltens während des Gesprächs beurteilt werden.

Psychomotorische Unruhe ist als Ruhelosigkeit, verbunden mit Angst definiert.

Sie sollte von primärer Angst unterschieden werden, da sich Unruhe auf ein beobachtbares Phänomen körperlicher Ruhelosigkeit bezieht, die als qualvoll empfunden wird.

Punkt 10: Angst - psychisch

Haben Sie sich in der vergangenen Woche besonders angespannt, reizbar gefühlt? Oder konnten Sie sich nur schwer entspannen?

Haben Sie sich nervös, ängstlich oder schreckhaft gefühlt?

Haben Sie sich um kleine Dinge Sorgen gemacht?

Hatten Sie eine Vorahnung, es könne etwas Schreckliches geschehen?

Haben Sie sich in bestimmten Situationen ängstlich gefühlt?

Solche Situationen könnten sein, dass Sie allein zu Hause sind, allein aus dem Haus gehen, sich in Menschenmengen befinden oder reisen.

Haben Sie Probleme mit Höhen oder in Fahrstühlen?

Leitfaden Hamiltoninterview



Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie

Punkt 11: Angst – somatisch

Hatten Sie in der vergangenen Woche körperliche Beschwerden, die manchmal auftreten können, wenn man nervös ist, wie z.B. :

LESEN SIE DEM PATIENTEN DIE VERSCHIEDENEN SYMPTOME VOR MACHEN SIE EINE KLEINE PAUSE NACH JEDEM SYMPTOM

(Gastrointestinal): Mundtrockenheit, Blähungen, Verdauungsstörungen, Durchfall, Krämpfe, Aufstoßen?

(Kardiovaskuläre): Herzklopfen, Kopfschmerzen

(Respiratorische): Anfälle von Atemnot, Hyperventilation, Seufzen

häufiges Wasserlassen (Pollakisurie), übermäßiges Schwitzen

Punkt 12: Körperliche Symptome - gastrointestinale

Wie war in der vergangenen Woche Ihr Appetit im Vergleich zu den Tagen Ihrer Gesundheit?

Mussten Sie sich zum Essen zwingen?

Wie häufig haben Sie Stuhlgang? Ist das jetzt anders als sonst?

Punkt 13: körperliche Symptome -allgemeine

Wie war es in der vergangenen Woche um Ihre Energie bestellt?

Sind Sie leicht erschöpfbar?

Kostet es Sie Anstrengung, irgendetwas zu tun?

Verbringen Sie viel Zeit im Bett zum Schlafen?

Hatten Sie Kopf- Rücken- oder Muskelschmerzen?

Ein Schweregefühl in Gliedern, Rücken oder Kopf?

Punkt 14: Sexuelle Symptome

Ich möchte Ihnen jetzt ein paar Fragen zu Ihrem Sexualleben stellen:

Haben Sie das Interesse am Geschlechtsleben verloren (verglichen mit der Zeit, in der Sie nicht depressiv waren)?

Haben Sie weniger sexuellen Antrieb als sonst, sind Sexualkontakte weniger?

Leitfaden Hamiltoninterview



Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie

Frauen: Gab es Veränderungen im Menstruationszyklus?

Punkt 15: Umgang mit körperlichen Beschwerden

Bezieht sich auf die Einstellung des Patienten zu körperlichen Beschwerden. Es spielt keine Rolle, ob diese eine realistische Basis haben oder nicht. Der hypochondrische Patient beschäftigt sich mehr mit körperlichen als mit psychischen Symptomen, kommt im Gespräch immer wieder darauf zurück.

Haben Sie in der vergangenen Woche häufig an Ihre körperliche Gesundheit oder an die körperlichen Funktionen gedacht (vergleichen mit gesunden Zeiten?)

Gibt es vermehrte Klagen über körperliche Gesundheit?

Punkt 16: Gewichtsverlust

Haben Sie an Gewicht verloren, seit die depressiven Verstimmungen begannen? Wie viel?

Wenn nicht sicher: Glauben Sie, dass die Kleider nun etwas zu weit für Sie geworden sind?

Punkt 17: Krankheitseinsicht

Welcher Art, würden Sie sagen, sind Ihre Probleme?

Betrachten Sie sich selbst als psychisch krank?

Was ist die Ursache?

Ab hier nur noch von klinischer Relevanz, nicht mehr für das Interview gewertet!

Punkt 18: Tagesschwankungen

Zu welcher Tageszeit fühlten Sie sich in der vergangenen Woche am besten? Morgens? Nachmittags? Abends?

Bei Variationen: Wann geht es Ihnen am schlechtesten? Wie viel besser haben Sie sich morgens oder abends gefühlt, ein bisschen oder stark?

Leitfaden Hamiltoninterview



Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie

Punkt 19: Depersonalisation

Hatten Sie in der letzten Woche jemals plötzlich das Gefühl gehabt, dass alles unwirklich ist, oder wie in einem Traum? Dass Sie von anderen Menschen und von der Umwelt entrückt, entfernt, seltsam oder verändert sind? Als ob Sie schweben würden?

Ich meine damit nicht nur das Gefühl, dass Sie sich wirklich nicht vorstellen konnten, dass Sie diese Erkrankung je einmal hätten.

Wenn ja: Wie stark war das ausgeprägt? Wie oft ist das aufgetreten?

Punkt 20: Paranoide Symptome

Haben Sie in der letzten Woche das Gefühl gehabt, dass Ihnen irgendjemand etwas Böses will? Dass Sie jemand bewusst verletzen will?

Sind Sie anderen gegenüber misstrauisch?

Denken Sie, dass andere hinter Ihrem Rücken über Sie sprechen oder sich über Sie lustig machen?

Wenn ja: Erzählen Sie mir bitte mehr darüber.

Fragen sie nach Verfolgungsideen, die keine depressiven Züge ausweisen

Punkt 21: Zwangsgedanken und Zwangshandlungen

Ist es Ihnen in der vergangenen Woche aufgefallen, dass Sie Dinge, die Sie bereits ausgeführt haben, immer wieder überprüfen oder wiederholen müssen, wie z.B. Türen mehrmals prüfen, ob sie abgesperrt sind?

Wenn ja: Können Sie mir ein Beispiel nennen?

Müssen Sie Dinge in einer ganz bestimmten Weise, in einer bestimmten Reihenfolge oder mit einer bestimmten Häufigkeit tun?

Kamen Ihnen unerfreuliche, erschreckende oder erfreuliche Gedanken oder Worte in den Sinn und gingen nicht mehr weg, auch wenn Sie versucht haben, Sie loszuwerden?

Befürchten Sie, Sie könnten eine schreckliche Tat begehen, ohne es zu wollen?


Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

CIPS: **HAMILTON DEPRESSIONSKALA (17-Item-Version)**

1. Depressive Stimmung (Gefühl der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit)		6. Schlafstörungen am Morgen	
Keine	0	Keine	0
Nur auf Befragen geäußert	1	Vorzeitiges Erwachen, aber nochmaliges Einschlafen	1
Vom Patienten spontan geäußert	2	Vorzeitiges Erwachen ohne nochmaliges Einschlafen	2
Aus dem Verhalten zu erkennen (z.B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, Stimme, Neigung zum Weinen)	3	7. Arbeit und sonstige Tätigkeiten	
Patient drückt FAST AUSSCHLIESSLICH diese Gefühlszustände in seiner verbalen und nicht verbalen Kommunikation aus	4	keine Beeinträchtigung	0
2. Schuldgefühle		hält sich für leistungsunfähig, erschöpft oder schlapp bei seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbys) oder fühlt sich entsprechend	1
Keine	0	Verlust des Interesses an seinen Tätigkeiten (Arbeit oder Hobbys), muss sich dazu zwingen. Sagt das selbst oder lässt es durch Lustlosigkeit, Entscheidungslosigkeit und sprunghafte Entschlussänderungen erkennen	2
Selbstvorwürfe, glaubt Mitmenschen enttäuscht zu haben	1	Wendet weniger Zeit für seine Tätigkeiten auf oder leistet weniger. Bei stationärer Behandlung Ziffer 3 ankreuzen, wenn der Patient weniger als 3 Stunden an Aktivitäten teilnimmt. Ausgenommen Hausarbeiten auf der Station.	3
Schuldgefühle oder Grübeln über frühere Fehler und Sünden	2	Hat wegen jetziger Krankheit mit der Arbeit aufgehört. Bei stationärer Behandlung ist Ziffer 4 anzukreuzen, falls der Patient an keinen Tätigkeiten teilnimmt, mit Ausnahme der Hausarbeit auf der Station, oder wenn der Patient die Hausarbeit nur unter Mithilfe leisten kann.	4
Jetzige Krankheit wird als Strafe gewertet, Versündigungswahn	3	8. Depressive Hemmung (Verlangsamung von Denken und Sprache; Konzentrationsschwäche, reduzierte Motorik)	
Anklagende oder bedrohende akustische oder optische Halluzinationen	4	Sprache und Denken normal	0
3. Suizid		Geringe Verlangsamung bei der Exploration	1
Keiner	0	Deutliche Verlangsamung bei der Exploration	2
Lebensüberdruß	1	Exploration schwierig	3
Todeswunsch, denkt an den eigenen Tod	2	Ausgeprägter Stupor	4
Suizidgedanken oder entsprechendes Verhalten	3	9. Erregung	
Suizidversuche	4	Keine	0
4. Einschlafstörung		Zappeligkeit	1
Keine	0	Spielen mit den Fingern, Haaren usw.	2
Gelegentliche Einschlafstörung (mehr als ½ Stunden)	1	Hin- und herlaufen, nicht still sitzen können	3
Regelmäßige Einschlafstörung	2	Händeringen, Nägelbeißen, Haareraufen, Lippenbeißen usw.	4
5. Durchschlafstörung			
Keine	0		
Patient klagt über unruhigen oder gestörten Schlaf	1		
Nächtliches Aufwachen bzw. Aufstehen (falls nicht nur zur Harn- oder Stuhlentleerung)	2		

10. Angst – psychische		15. Hypochondrie	
Keine Schwierigkeiten	0	Keine	0
Subjektive Anspannung und Reizbarkeit	1	Verstärkte Selbstbeobachtung (auf den Körper bezogen)	1
Sorgt sich um Nichtigkeiten	2	Ganz in Anspruch genommen durch Sorgen um die eigene Gesundheit.	2
Besorgte Grundhaltung, die sich im Gesichtsausdruck und in der Sprechweise äußert	3	Zahlreiche Klagen, verlangt Hilfe etc.	3
Ängste werden spontan hervorgebracht	4	Hypochondrische Wahnvorstellungen	4
11. Angst- somatisch		16. Gewichtsverlust (entweder a oder b ankreuzen)	
Körperliche Begleiterscheinung der Angst wie:		a. Aus Anamnese	
Gastrointestinale (Mundtrockenheit, Winde, Verdauungsstörungen, Durchfall, Krämpfe, Aufstoßen) – Kardiovaskuläre (Herzklopfen, Kopfschmerzen) – Respiratorische (Hyperventilation, Seufzen) – Pollakisurie – Schwitzen		kein Gewichtsverlust	
Keine	0	Gewichtsverlust wahrscheinlich im Zusammenhang mit jetziger Krankheit	1
Geringe	1	Sicherer Gewichtsverlust laut Patient	2
Mäßige	2	b. nach wöchentlichem Wiegen in der Klinik, wenn Gewichtsverlust	0
Starke	3	Weniger als 0,5 kg/Woche	1
Extreme (Patient ist handlungsunfähig)	4	Mehr als 0,5 kg/Woche	2
12. Körperliche Symptome – gastrointestinale		Mehr als 1 kg/Woche	
Keine	0	17. Krankheitseinsicht	
Appetitmangel, isst aber ohne Zuspruch. Schweregefühle im Abdomen	1	Patient erkennt, dass er depressiv und krank ist	0
Muss zum Essen angehalten werden. Verlangt oder benötigt Abführmittel oder anderer Magen-Darmpräparate	2	Räumt Krankheit ein, führt sie aber auf schlechte Ernährung, Klima, Überarbeitung, Virus, Ruhebedürfnis etc zurück	1
13. Körperliche Symptome – allgemein		Leugnet Krankheit ab	2
Keine	0	Patient erkennt, dass er depressiv und krank ist	3
Schweregefühl in Gliedern, Rücken oder Kopf. Rücken-, Kopf- oder Muskelschmerzen. Verlust der Tatkraft. Erschöpfbarkeit.	1		
Bei jeder deutlichen Ausprägung eines Symptoms 2 ankreuzen.	2		
14. Genitalsymptome wie etwa: Libidoverlust, Menstruationsstörungen etc.			
Keine	0		
Geringe	1		
Starke	2		
		HAMD₁₇= _____	

Anhang D.6 Gesundheitsfragebogen Short Form 12 (SF12)

Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie <p style="text-align: center;">Allgemeiner Gesundheitszustand</p> <p style="text-align: center;">SF 12</p>	
--	--

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes.

Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie sich in Ihrem Alltag zurechtfinden.

Bitte beantworten Sie jede der grau unterlegten Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

	ja, stark eingeschränkt	ja, etwas eingeschränkt	nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten , z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln etc.	1	2	3
3. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3

Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1	2
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun .	1	2

Hatten Sie in der vergangenen Woche aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	1	2
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	1	2

	überhaupt nicht	ein biss- chen	mäßig	ziemlich	sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in der vergangenen Woche bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf gehindert?	1	2	3	4	5

In den folgenden Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen **in der vergangenen Woche** gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.

	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
Wie oft waren Sie in der vergangenen Woche ...						
9. ruhig und gelassen	1	2	3	4	5	6
10. voller Energie	1	2	3	4	5	6
11. entmutigt und traurig	1	2	3	4	5	6

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten etc.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

Anhang D.7 Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II)

SKID II Fragebogen

Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie

Kliniken im
Theodor-Wenzel-Werk



NameGeburtsdatum:

Datum: Station:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Persönlichkeit, also auf Ihre Empfindungen, Gefühle, Einstellungen und Verhaltensweisen in Ihrem bisherigen Leben. Bitte versuche Sie, sich so zu beschreiben, wie Sie im allgemeinen sind. Beziehen Sie sich dabei auf die letzten fünf bis zehn Jahre. Kreuzen Sie bitte das Zutreffende an. Wenn Sie eine Frage nicht verstehen, lassen Sie diese bitte aus.

- | | Nein | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vermeiden Sie berufliche Aufgaben oder Aufträge, bei denen Sie mit vielen Menschen zu tun haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Meiden Sie Kontakt mit anderen Menschen, es sei denn, Sie sind sicher, dass diese Sie wirklich mögen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fällt es Ihnen schwer, anderen Menschen gegenüber offen zu sein, selbst wenn diese Ihnen nahe sehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wenn Sie mit anderen Menschen zu tun haben, befürchten Sie dann oft, von ihnen kritisiert oder abgelehnt zu werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Sind sie gewöhnlich zurückhaltend und schweigsam, wenn Sie neue Leute kennen lernen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Glauben Sie, dass Sie nicht so klug, so geschickt oder so attraktiv sind wie die meisten anderen Menschen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie Angst davor, neue Dinge auszuprobieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Benötigen Sie häufig Ratschläge oder Bestätigung von anderen, bevor Sie alltägliche Entscheidungen treffen können, also z. B. was Sie anziehen oder in einem Restaurant bestellen sollen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sind Sie bei der Organisation wichtiger Lebensbereiche, wie z. B. finanziellen Angelegenheiten, Kindererziehung oder der Planung des Alltags, von anderen Personen abhängig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Fällt es Ihnen schwer, anderen zu widersprechen, selbst wenn Sie denken, dass diese im Unrecht sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Fällt es Ihnen schwer, Aufgaben zu beginnen oder daran zu arbeiten, wenn Ihnen niemand dabei hilft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Übernehmen Sie oft freiwillig unerfreuliche Aufgaben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Fühlen Sie sich im allgemeinen unwohl, wenn Sie allein sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Wenn eine enge Beziehung endet, brauchen Sie dann schnell einen anderen Menschen, auf den Sie sich verlassen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SKID II Fragebogen

Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie



Nein Ja

15. Denken Sie oft darüber nach, allein gelassen zu werden und niemanden zu haben, der sich um Sie kümmert? ☐ ☐
16. Sind Sie jemand, der viel Wert auf Details, Ordnung und Organisation legt, oder machen Sie gerne Listen und Zeitpläne? ☐ ☐
17. Haben Sie Schwierigkeiten, Arbeiten zu Ende zu bringen, weil Sie viel Zeit drauf verwenden, alles genau und richtig zu machen? ☐ ☐
18. Glauben Sie selbst oder haben andere Ihnen schon gesagt, dass Sie mit Ihrer Arbeit (mit der Schule) oft so beschäftigt sind, dass keine Zeit mehr für Freunde oder Vergnügungen bleibt? ☐ ☐
19. Haben Sie sehr hohe moralische Ansprüche? ☐ ☐
20. Fällt es Ihnen schwer, Dinge wegzuwerfen, weil Sie denken, sie vielleicht irgendwann wieder gebrauchen zu können? ☐ ☐
21. Fällt es Ihnen schwer, sich von anderen helfen zu lassen, wenn diese die Angelegenheit nicht genau nach Ihren Vorstellungen erledigen? ☐ ☐
22. Fällt es Ihnen schwer, Geld für sich oder andere Personen auszugeben, auch wenn Sie genügend haben? ☐ ☐
23. Sind Sie sich oft so sicher, recht zu haben, dass Ihnen ganz gleich ist, was andere Leute sagen? ☐ ☐
24. Hat man Ihnen schon einmal gesagt, Sie seien eigensinnig oder stur? ☐ ☐
25. Wenn jemand Sie um etwas bittet, das Sie eigentlich nicht tun wollen, sagen Sie zunächst zwar „ja“, arbeiten dann aber sehr langsam oder nachlässig? ☐ ☐
26. Neigen Sie oft dazu, etwas, was Sie nicht tun wollen, einfach zu „vergessen“? ☐ ☐
27. Haben Sie häufig den Eindruck, dass andere Sie nicht verstehen oder Ihre Leistungen nicht ausreichend schätzen? ☐ ☐
28. Sind Sie oft schlechter Laune und geraten dann leicht ins Streiten? ☐ ☐
29. Haben Sie oft das Gefühl, dass die meisten Ihrer Vorgesetzten, Lehrer, Dozenten oder andere Leute in höheren Positionen eigentlich unfähig sind? ☐ ☐
30. Erleben Sie es häufig als ungerecht, dass andere Menschen mehr besitzen als Sie? ☐ ☐
31. Beschweren Sie sich oft darüber, dass Ihnen ausschließlich nur Schlechtes passiert? ☐ ☐

SKID II Fragebogen

Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie



- | | Nein | Ja |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 32. Passiert es Ihnen oft, dass Sie erst jemanden vor den Kopf stoßen und dann Alles tun, was der andere will, um es wieder gutzumachen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Fühlen Sie sich in der Regel unglücklich oder ohne Lebensfreude? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Halten Sie sich im Grunde für minderwertig und haben Sie von sich selbst eine schlechte Meinung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Machen Sie sich selbst oft schlecht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Sind Sie jemand, der sich ständig Sorgen macht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Verurteilen Sie andere häufig und haben schnell etwas an Ihnen auszusetzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Denken Sie, dass die meisten Menschen im Prinzip schlecht sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Befürchten Sie fast immer das Schlimmste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Haben Sie oft Schuldgefühle, weil Sie etwas getan oder etwas unterlassen haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Müssen Sie ständig auf der Hut sein, um zu verhindern, dass andere Sie ausnutzen oder verletzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Zweifeln Sie oft daran, ob Sie Ihren Freunden oder Arbeitskollegen trauen können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Glauben Sie, dass es besser ist, andere nicht zu viel über Sie wissen zu lassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Entdecken Sie häufig eine verborgene Bedeutung hinter dem, was andere sagen oder tun? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Sind Sie sehr nachtragend, d. h. dauert es lange, bis Sie jemandem verzeihen, der Sie beleidigt oder gekränkt hat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Gibt es viele Leute, denen Sie nicht verzeihen können, auch wenn das, was diese gesagt oder getan haben, schon lange zurückliegt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Werden Sie schnell wütend oder reagieren Sie aggressiv, wenn Sie kritisiert oder beleidigt werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Haben Sie schon öfter den Verdacht gehabt, Ihr Ehegatte oder Partner sei Ihnen untreu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Wenn Sie in der Öffentlichkeit Leute sehen, die sich miteinander unterhalten, denken Sie dann häufig, dass man über Sie redet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SKID II Fragebogen

Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie



Nein Ja

50. Haben Sie oft das Gefühl, dass Dinge, die augenscheinlich nichts miteinander zu tun haben, Ihnen eine besondere Botschaft vermitteln sollen? ☐ ☐
51. Entdecken Sie häufig verborgene Botschaften hinter scheinbar zufälligen Ereignissen? ☐ ☐
52. Hatten Sie jemals den Eindruck, dass Sie Dinge geschehen lassen können, einfach, indem Sie sich es wünschen oder daran denken? ☐ ☐
53. Haben Sie persönliche Erfahrungen mit übernatürlichen Dingen? ☐ ☐
54. Glauben Sie, einen „sechsten Sinn“ zu haben, so dass Sie – im Gegensatz zu anderen - Dinge im Voraus wissen und vorhersagen können? ☐ ☐
55. Haben Sie schon öfter Gegenstände oder Schatten gesehen und gedacht, es seien in Wirklichkeit Menschen oder Tiere, oder haben Sie Geräusche für menschliche Stimmen gehalten? ☐ ☐
56. Haben Sie das Gefühl, dass eine unsichtbare Person oder Kraft Sie umgibt, obwohl Sie niemanden sehen können? ☐ ☐
57. Sehen Sie oft die Aura oder Energiefelder von anderen Menschen? ☐ ☐
58. Gibt es außerhalb Ihrer Familie nur sehr wenige Menschen, zu denen Sie eine wirklich enge Beziehung haben? ☐ ☐
59. Sind Sie oft nervös und ängstlich, wenn Sie mit anderen Menschen zusammen sind? ☐ ☐
60. Könnten Sie ohne enge Beziehungen, wie man sie zum Beispiel in einer Familie oder mit Freunden hat, auskommen? ☐ ☐
61. Würden Sie die meisten Dinge lieber allein als mit anderen zusammen machen? ☐ ☐
62. Könnten Sie ohne sexuelle Beziehungen zufrieden sein? ☐ ☐
63. Gibt es nur ganz wenige Dinge im Leben, die Ihnen wirklich Freude bereiten? ☐ ☐
64. Ist es Ihnen gleichgültig, was andere über Sie denken? ☐ ☐
65. Haben Sie das Gefühl, dass es nichts gibt, was Sie sehr glücklich oder sehr traurig machen kann? ☐ ☐
66. Stehen Sie gern im Mittelpunkt? ☐ ☐
67. Flirten Sie oft? ☐ ☐
68. Kleiden Sie sich gern sexy, auch wenn Sie zum Beispiel nur zur Arbeit gehen oder Besorgungen machen? ☐ ☐

5

SKID II Fragebogen

Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie



Nein Ja

69. Versuchen Sie, durch Ihre äußere Erscheinung, wie zum Beispiel Kleidung, die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu ziehen? ☐ ☐
70. Sehen Sie sich gern als schillernde Persönlichkeit? ☐ ☐
71. Sind Sie oft unsicher in Ihren Meinungen und Ansichten und übernehmen daher die Meinung anderer? ☐ ☐
72. Bekommen Sie zu fast allen Menschen, die Sie treffen, schnell engen Kontakt? ☐ ☐
73. Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Menschen Ihre besonderen Fähigkeiten gar nicht richtig schätzen? ☐ ☐
74. Wurde Ihnen schon einmal gesagt, Sie hätten eine zu hohe Meinung von sich selbst? ☐ ☐
75. Denken Sie oft an die Macht, den Ruhm oder die Anerkennung, die Sie eines Tages haben werden? ☐ ☐
76. Denken Sie oft an die ideale Liebe, die Sie eines Tages finden werden? ☐ ☐
77. Wenn Sie eine Beschwerde haben, bestehen Sie fast immer darauf den höchsten Vorgesetzten zu sprechen? ☐ ☐
78. Glauben Sie, dass es sich nur lohnt, Zeit mit Menschen zu verbringen, die etwas Besonderes oder besonders wichtig sind? ☐ ☐
79. Ist es Ihnen sehr wichtig, dass andere sie beachten oder Sie in irgendeiner Weise bewundern? ☐ ☐
80. Glauben Sie, dass Sie sich bestimmten Regeln oder gesellschaftlichen Konventionen nicht unterordnen müssen, wenn diese Sie irgendwie einschränken? ☐ ☐
81. Glauben Sie, dass es Gründe gibt, weswegen andere Leute Sie besonders zuvorkommend behandeln sollten? ☐ ☐
82. Mussten Sie schon einmal andere regelrecht benutzen, um etwas zu erreichen? ☐ ☐
83. Sind Ihnen Ihre eigenen Bedürfnisse oft wichtiger als die anderer? ☐ ☐
84. Sind Sie oft der Meinung, dass andere Ihren Wünschen bedingungslos nachkommen sollten? ☐ ☐
85. Halten Sie es oft für unwichtig, sich mit den Angelegenheiten oder Gefühlen anderer auseinander zusetzen? ☐ ☐
86. Können Sie es kaum ertragen, wenn andere erfolgreich sind? ☐ ☐
87. Haben Sie den Eindruck, dass andere oft neidisch auf Sie sind? ☐ ☐

5

SKID II Fragebogen

Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie



- | | Nein | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 88. Glauben Sie, dass nur sehr wenige Menschen Ihre Zeit und Ihre Aufmerksamkeit verdienen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 89. Geraten Sie aus der Fassung, wenn Sie sich vorstellen, dass jemand, der Ihnen viel bedeutet, Sie verlässt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 90. Sind Ihre Beziehungen zu Personen, an denen Ihnen viel liegt, von einem ständigen Auf und Ab gekennzeichnet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 91. Haben Sie schon die Erfahrung gemacht, dass sich Ihre Zielsetzungen und Ihr Gefühl wer Sie sind, plötzlich ändern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 92. Erleben Sie häufig krasse Veränderungen dabei, wie Sie sich selbst sehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 93. Ändern Sie oft plötzlich Ihre Zielsetzungen, Ihre beruflichen Pläne, religiöse Anschauungen und ähnliches? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 94. Handeln sie impulsiv? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 95. Haben Sie je versucht, sich selbst zu verletzen oder umzubringen oder es angedroht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 96. Haben Sie sich je absichtlich geschnitten, verbrannt oder gekratzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 97. Sind Sie launisch? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 98. Fühlen Sie sich innerlich leer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 99. Haben Sie oft Wutausbrüche oder werden so böse, dass Sie die Kontrolle verlieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 100. Schlagen Sie andere oder werfen Sie mit Gegenständen, wenn sie wütend sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 101. Können selbst Kleinigkeiten Sie sehr wütend machen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 102. Werden Sie anderen gegenüber argwöhnisch oder fühlen Sie sich manchmal unwirklich, wenn Sie unter großem Druck stehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Verhaltensweisen, die vor Ihrem 15. Lebensjahr aufgetreten sein könnten.

Vor dem 15. Lebensjahr:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 103. ... haben Sie andere Kinder schikaniert oder bedroht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 104. ... haben Sie Schlägereien angefangen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 105. ... haben Sie in einem Kampf eine Waffe benutzt, wie zum Beispiel einen Stock, einen Stein, eine zerbrochene Flasche, ein Messer oder einen Revolver? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 106. ... haben Sie jemals versucht, absichtlich anderen Schmerz oder Leid zuzufügen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 107.... haben Sie manchmal absichtlich Tiere gequält? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SKID II Fragebogen

Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie



Nein Ja

108. ... haben Sie jemals einer anderen Person gewaltsam etwas weggenommen, indem Sie sie bedrohten, überfielen oder beraubten? ☐ ☐
109. ... haben Sie jemals einen anderen Menschen zu sexuellen Kontakt gezwungen? ☐ ☐
110. ... haben Sie schon einmal absichtlich Feuer gelegt? ☐ ☐
111. ... haben Sie vorsätzlich Dinge beschädigt, die nicht Ihnen gehörten? ☐ ☐
112. ... sind Sie irgendwo eingebrochen (z. B. Wohnung, Haus, Auto) ? ☐ ☐
113. ... haben Sie häufig gelogen oder andere betrogen? ☐ ☐
114. ... haben Sie jemals etwas gestohlen, z. B. in einem Kaufhaus? ☐ ☐
115. ... sind Sie jemals von zu Hause weggelaufen und über Nacht weggeblieben? ☐ ☐

Vor Ihrem 13. Lebensjahr:

116. ... sind Sie abends oft wesentlich später nach Hause gekommen als Sie durften? ☐ ☐
117. ... haben Sie oft die Schule geschwänzt? ☐ ☐

SKID_II Auswertungsprofil

Kliniken im
Theodor-Wenzel-Werk

Name/Station:

Untersuchungsdatum:

[illegible]

Anhang D.8 Fragebogen zur Erfassung von Informationen über die Therapien im Rahmen des stationären Aufenthaltes in den Kliniken im TWW (inkl. Behandlungszufriedenheit) sowie von soziodemographischen Daten und Informationen über psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen im ersten Jahr nach dem Klinikaufenthalt (eingesetzt im Rahmen der Katamneseerhebung)



Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Fragebogen zu Ihrem Aufenthalt in den *Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk*

Name: _____ Datum: _____

Telefonnummer, unter der wir sie erreichen können: _____

1) Sie haben während Ihres Aufenthaltes in den Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk an verschiedenen therapeutischen Angeboten teilgenommen. Bitte bewerten Sie heute, wie hilfreich die einzelnen Maßnahmen für Sie waren.

Nicht jeder Patient hat alle hier aufgelisteten Therapieangebote erhalten. Bitte bewerten Sie nur diejenigen Maßnahmen, an denen Sie teilgenommen haben.

Therapie	nicht erhalten	sehr hilfreich	hilfreich	etwas hilfreich	wenig hilfreich	nicht hilfreich
Psychologische Einzelgespräche						
Ärztliche Einzelgespräche						
Depressions- gruppentherapie						
Stationsrunden						
Ergotherapie						

Musiktherapie						
Tanztherapie						
Angstgruppe						
Gespräche mit Pflegepersonal						
Kontakt zu Mitpatienten						
Suchtgruppe						
Krankengymnastik						
Training sozialer Kompetenzen						
Gespräche mit Pfarrerin						
Gestalttherapie						
Anderes						

2) Haben die Fertigkeiten, die Sie während Ihres Aufenthaltes in den *Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk* erlernt haben Ihnen geholfen, den Alltag mit den üblichen Schwankungen im vergangenen Jahr besser zu meistern?

Die erlernten Fertigkeiten haben mir...

sehr geholfen	geholfen	etwas geholfen	wenig geholfen	kaum geholfen	nicht geholfen
1	2	3	4	5	6

3) Haben Sie nach Ihrem Aufenthalt in den *Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk* psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche Therapieform?

Einzeltherapie ☐ wenn ja: Verhaltenstherapie ☐

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ☐

Psychoanalyse ☐

weiß nicht ☐

andere: _____

Gruppentherapie ☐

(z.B. Nachstationäres Projekt der *Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk*)

Über welchen Zeitraum fand die Therapie statt? _____

Stationäre Behandlung ☐

wenn ja, wo: _____

wann: _____

und wie lange: _____

4) Haben Sie, abgesehen von psychotherapeutischer Hilfe, nach Ihrem Aufenthalt in den *Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk* wegen Ihrer Problemen und Beschwerden Ärzte aufgesucht?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, welche Hausarzt ☐

Psychiater/Neurologe/Nervenarzt ☐

andere: _____

Wie häufig haben Sie diese besucht? _____

5) Wie war Ihre berufliche Situation vier Wochen nach Entlassung aus der Klinik?

- | | | | |
|-------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| berufstätig | <input type="radio"/> | beschützt beschäftigt | <input type="radio"/> |
| beurlaubt | <input type="radio"/> | Hausfrau | <input type="radio"/> |
| Rente | <input type="radio"/> | Arbeitslosengeld I-Empfänger | <input type="radio"/> |
| | | Arbeitslosengeld II-Empfänger | <input type="radio"/> |

6) Wie ist ihre derzeitige berufliche Situation?

- | | | | |
|-------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| berufstätig | <input type="radio"/> | beschützt beschäftigt | <input type="radio"/> |
| beurlaubt | <input type="radio"/> | Hausfrau | <input type="radio"/> |
| Rente | <input type="radio"/> | Arbeitslosengeld I-Empfänger | <input type="radio"/> |
| | | Arbeitslosengeld II-Empfänger | <input type="radio"/> |

7) Gab es Veränderungen hinsichtlich Ihrer Partnerschaft seit der Entlassung aus der Klinik?


- | | | | |
|--------------------------|-----------------------|----------------|-----------------------|
| habe keine Partnerschaft | <input type="radio"/> | unverändert | <input type="radio"/> |
| verbessert | <input type="radio"/> | verschlechtert | <input type="radio"/> |
| neue Beziehung | <input type="radio"/> | Trennung | <input type="radio"/> |

8) Rückblickend empfinde ich meinen Therapieerfolg durch meinen Aufenthalt in den *Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk* als...

- sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ mangelhaft ☐

Vielen Dank für ihre Mühe !

Anhang D.9 Clinical Global Impression Scale (CGI)

Globaler Schweregrad der Krankheit (CGI)	 Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk
	Datum _____ . _____ . _____
Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Krankheit in Betracht, und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung des Patienten einschätzen.	
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> nicht beurteilbar<input type="checkbox"/> Patient ist überhaupt nicht krank<input type="checkbox"/> Patient ist ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung<input type="checkbox"/> Patient ist nur leicht krank<input type="checkbox"/> Patient ist mäßig krank<input type="checkbox"/> Patient ist deutlich krank<input type="checkbox"/> Patient ist schwer krank<input type="checkbox"/> Patient gehört zu den extrem schwer Kranken	

Anhang D.10 Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

GAF

Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie

Kliniken im
Theodor-Wenzel-Werk

Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) nach DSM IV Achse V

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Code (Beachte: Benutze auch entsprechende Zwischenwerte, z. B. 45, 68, 72)

- 100–91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben schienen nie außer Kontrolle zu geraten; wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt; keine Symptome.**
- 90–81 Keine oder nur minimale Symptome** (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), **gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder –sorgen** (z. B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
- 80–71 Wenn Symptome vorliegen sind diese vorübergehend oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren** (z. B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); **höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit** (z. B. Zurückbleiben der Schule).
- 70–61 Einige leichte Symptome** (z. B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) **ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit** (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), **aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.**
- 60–51 Mäßig ausgeprägte Symptome** (z. B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentlicher Panikattacken) **ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit** (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
- 50–41 Erste Symptome** (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, Häufige Ladendiebstähle) **ODER eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit** (z. B. Freunde; Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
- 40–31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation** (z. B. Sprach zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) **ODER starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung** (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
- 30–21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens** (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenom-

2

mensein von Selbstmordgedanken) **ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen** (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).

20-11 Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manisch Erregung) **ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten** (z. B. schmiert mit Kot) **ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation** (größtenteils inkohärent oder stumm).

10-1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) **ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.**

0 Unzureichende Information
1

GAF =

Anhang D.11 Allgemeine Depressionsskala (ADS)

**Allgemeine Depressionsskala (ADS)**

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden in der letzten Woche am besten entsprochen hat.

Antworten:

0 selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)

1 manchmal (1 bis 2 Tage lang)

2 öfter (3 bis 4 Tage lang)

3 meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

	selten	manchmal	öfter	meistens
Während der letzten Woche....	0	1	2	3


1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen
2. hatte ich kaum Appetit
3. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde / Familie versuchten, aufzumuntern
4. kam ich mir genauso gut vor wie ander
5. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren
6. war ich deprimiert/niedergeschlagen
7. war alles anstrengend für mich
8. dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft
9. dachte ich, mein Leben wäre ein einziger Fehlschlag
10. hatte ich Angst
11. habe ich schlecht geschlafen
12. war ich fröhlich gestimmt
13. habe ich weniger als sonst geredet
14. fühlte ich mich einsam
15. waren die Leute unfreundlich zu mir
16. habe ich das Leben genossen
17. musste ich weinen
18. war ich traurig
19. hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können
20. konnte ich mich zu nichts aufraffen

Summe pos + Summe neg. = Summe ADS


Summe pos - 4 x Summe neg. = LK

Anhang D 12: Skala dysfunktionaler Einstellungen (DAS)

Skala dysfunktionaler Einstellungen

							
	totale Zustimmung	starke Zustimmung	leichte Zustimmung	neutral	leichte Ablehnung	starke Ablehnung	totale Ablehnung
1. Es ist schwer, glücklich zu sein, wenn man nicht so gut aussieht, intelligent, reich oder kreativ ist.							
2. Glück ist mehr eine Sache, die mit der Haltung mir selbst gegenüber zusammenhängt, als mit der Art der Gefühle, die andere für mich haben							
3. Die Leute denken wahrscheinlich schlecht über mich, wenn ich einen Fehler mache.							
4. Wenn ich nicht ständig gut bin, dann werden die anderen mich nicht achten.							
5. Selbst ein geringes Risiko einzugehen ist dumm, denn wenn man verliert, wird das eine Katastrophe sein.							
6. Es ist möglich, die Achtung einer anderen Person zu gewinnen, ohne für irgend etwas talentiert zu sein.							
7. Ich bin nur dann glücklich, wenn die meisten Leute, die ich kenne, mich bewundern.							
8. Wenn ein Mensch um Hilfe bittet, dann ist das ein Zeichen von Schwäche.							
9. Wenn ich nicht so gut bin wie andere Leute, dann heißt das, dass ich ein Mensch von geringem Wert bin.							
10. Wenn ich bei meiner Arbeit versage, dann bin ich als ganzer Mensch ein Versager.							
11. Wenn man etwas nicht richtig und perfekt tun kann, dann hat es überhaupt keinen Sinn, die Sache anzufangen.							
12. Fehler zu machen ist gut, dann kann ich daraus lernen.							
13. Wenn jemand nicht meiner Meinung ist, dann heißt das vermutlich, dass er mich nicht mag.							
14. Wenn ich teilweise versage, dann ist das genauso schlimm, als wenn es ein kompletter Misserfolg wäre.							
15. Wenn andere Menschen wüssten, wie man wirklich ist, dann würden sie schlecht von einem denken.							

							
	totale Zustimmung	starke Zustimmung	leichte Zustimmung	neutral	leichte Ablehnung	starke Ablehnung	totale Ablehnung
16. Ich bin ein Nichts, wenn eine Person die ich liebe, mich nicht liebt.							
17. Man kann sich ohne Berücksichtigung des Endergebnisses an einer Aktivität erfreuen.							
18. Leute sollten, bevor sie etwas unternehmen, eine vernünftige Aussicht auf Erfolg haben.							
19. Mein Wert als Person hängt größtenteils davon ab, was andere von mir halten.							
20. Wenn ich nicht den höchsten Anspruch an mich stelle, dann ende ich wahrscheinlich als zweitrangiger Mensch.							
21. Wenn ich eine wertvolle Person sein will, dann muss ich auf mindestens einem Gebiet herausragend sein.							
22. Menschen, die gute Ideen haben, sind mehr wert als solche, die keine guten Ideen haben.							
23. Ich rege mich auf, wenn ich einen Fehler mache.							
24. Meine eigene Meinung über mich selbst ist wichtiger als die Meinung anderer über mich.							
25. Um ein guter, wertvoller und moralischer Mensch zu sein, muss ich jedem helfen, der Hilfe braucht.							
26. Wenn ich eine Frage stelle, dann ist dies ein Zeichen von Unterlegenheit.							
27. Es ist schrecklich, von Leuten, die für einen wichtig sind, getadelt zu werden.							
28. Wenn man keinen anderen Menschen hat, der einem eine Stütze ist, wird man unweigerlich unglücklich.							
29. Ich kann für mich wichtige Ziele erreichen, auch ohne mich abzuschinden.							
30. Es ist möglich, dass jemand gescholten wird und sich dabei nicht aufregt.							
31. Ich kann anderen Menschen nicht vertrauen, denn sie könnten grausam mir gegenüber sein.							
32. Wenn andere einen nicht mögen, dann kann man nicht glücklich sein.							

	totale Zustimmung	starke Zustimmung	leichte Zustimmung	neutral	leichte Ablehnung	starke Ablehnung	totale Ablehnung
33. Es ist gut, seine eigenen Interessen aufzugeben, um anderen Leuten zu gefallen.							
34. Mein Glück hängt mehr von anderen Leuten als von mir selbst ab.							
35. Ich brauche, um glücklich zu sein, nicht die Anerkennung anderer.							
36. Wenn eine Person Probleme vermeidet, dann werden die Probleme wahrscheinlich verschwinden.							
37. Ich kann glücklich und zufrieden sein, selbst wenn ich viele der schönen Dinge des Lebens verpasse.							
38. Es ist sehr wichtig, wie andere Leute über mich denken.							
39. Von anderen isoliert zu sein, führt unabänderlich zu Unglücklichsein.							
40. Ich kann glücklich sein, ohne von anderen Personen geliebt zu werden.							

Anhang E: Weitere Materialien

Anhang E.1 Schriftliche Patienteninformation während des Klinikaufenthaltes

Psychiatrie und
Psychotherapie
Leitende
Verhaltenstherapeutin
Dipl. Psychologin
Sabine Hoffmann
Tel. (030) 81 09 - 11 58
Fax (030) 81 09 - 13 02
hoffmanns@tww-berlin.de

Berlin, den ...

Liebe(r) Frau / Herr.....

wir möchten die Symptomatik Ihrer Depression genau erfassen und bitten Sie daher, zu Beginn und zum Ende Ihrer stationären Behandlung ausführliche Fragebögen auszufüllen.

Die Diplom-Psychologen werten Ihre Angaben aus und melden die Ergebnisse an Ihre(n) behandelnden Arzt / Ärztin zurück. Damit können der Schweregrad und die Ausprägung Ihrer Erkrankung noch genauer dargestellt werden.

Wir wünschen Ihnen gute Besserung und danken für Ihre Mitarbeit!

Dipl.-Psych. Sabine Hoffmann
Leitende Verhaltenstherapeutin

Anhang E.2 Schriftliche Patienteninformation zum Katamnesezeitpunkt

Psychiatrie und
Psychotherapie
Ärztlicher Direktor
Chefarzt
Prof. Dr. med.
Arthur Mackert
Facharzt für Neurologie
und Psychiatrie / Psychotherapie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Tel. (030) 81 09 - 13 01
Fax (030) 81 09 - 13 02
mackerta@tww-berlin.de

Berlin, ...

Liebe(r) Frau, Herr.....

Sie waren in der Zeit vom ...bis... in unserer stationären Behandlung und haben zum Beginn und zum Ende Ihrer Behandlung umfangreiche Fragebögen beantwortet, die damals Ihrem Arzt wichtige Informationen für Ihre Behandlung brachten.

Damals haben wir Ihnen angekündigt, dass wir uns erneut bei Ihnen melden werden. Mittlerweile ist nun ein Jahr vergangen, wir wollen unser Wort halten und kommen erneut darauf zurück.

Wir sind als Klinik bestrebt, unsere Behandlung so gut wie möglich den Bedürfnissen unserer Patientinnen und Patienten anzupassen. Entsprechend möchten wir Sie heute als Experten bitten, sich erneut die Mühe zu machen, bis zum [...] unsere Fragebögen auszufüllen. Darüber hinaus möchten wir Sie in einem telefonischen Interview zu Ihrem Befinden durch eine(n) unserer psychologisch-medizinischen Mitarbeiter/-innen befragen lassen.

Hiermit bitten wir Sie, die ausgefüllten Fragebögen in unserem frankierten Rückumschlag zurückzusenden.

Falls Sie nicht mit einem telefonischen Kontakt einverstanden sind, sagen Sie bitte unter der Telefonnummer: 030 - 81091158 (Frau Dipl.-Psych. Hoffmann, Ltd. Verhaltenstherapeutin) Ihre weitere Teilnahme an unserer Befragung ab.

Wir danken Ihnen für Ihre Kooperation und wünschen Ihnen alles Gute!

Dipl.-Psych. Theresa Unger

Anhang F: DSM-5-Kriterien für die vermeidend-selbstunsichere Persönlichkeitsstörung

Von der Arbeitsgruppe „Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen“ der American Psychiatric Association (2011) wurden für das DSM-5 folgende Kriterien für die **vermei-dende Persönlichkeitsstörung** vorgeschlagen (siehe <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/PersonalityDisorders.aspx>):

The essential features of a personality disorder are impairments in personality (self and interpersonal) functioning and the presence of pathological personality traits. To diagnose avoidant personality disorder, the following criteria must be met:

- A. Significant impairments in **personality functioning** manifest by:
 - 1. Impairments in **self functioning**:
 - a. **Identity**: Low self-esteem associated with self-appraisal as socially inept, personally unappealing, or inferior; excessive feelings of shame or inadequacy.
 - b. **Self-direction**: Unrealistic standards for behavior associated with reluctance to pursue goals, take personal risks, or engage in new activities involving interpersonal contact.
 - 2. Impairments in **interpersonal functioning**:
 - a. **Empathy**: Preoccupation with, and sensitivity to, criticism or rejection, associated with distorted inference of others' perspectives as negative.
 - b. **Intimacy**: Reluctance to get involved with people unless being certain of being liked; diminished mutuality within intimate relationships because of fear of being shamed or ridiculed.
- B. Pathological **personality traits** in the following domains:
 - 1. **Detachment**, characterized by:
 - a. **Withdrawal**: Reticence in social situations; avoidance of social contacts and activity; lack of initiation of social contact.
 - b. **Intimacy avoidance**: Avoidance of close or romantic relationships, interpersonal attachments, and intimate sexual relationships.
 - c. **Anhedonia**: Lack of enjoyment from, engagement in, or energy for life's experiences; deficits in the capacity to feel pleasure or take interest in things.
 - 2. **Negative Affectivity**, characterized by:
 - a. **Anxiousness**: Intense feelings of nervousness, tenseness, or panic, often in reaction to social situations; worry about the negative effects of past unpleasant experiences and future negative possibilities; feeling fearful, apprehensive, or threatened by uncertainty; fears of embarrassment.
- C. The impairments in personality functioning and the individual's personality trait expression are relatively stable across time and consistent across situations.
- D. The impairments in personality functioning and the individual's personality trait expression are not better understood as normative for the individual's developmental stage or socio-cultural environment.
- E. The impairments in personality functioning and the individual's personality trait expression are not solely due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, medication) or a general medical condition (e.g., severe head trauma).

Selbständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich die Dissertation selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt habe. Die benutzten Hilfsmittel sowie die Literatur sind vollständig angegeben. Ich habe die Dissertation an keiner anderen Universität eingereicht und besitze keinen Doktorgrad im Fach Psychologie. Die Promotionsordnung der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät II vom 17.01.2005, zuletzt geändert am 13.02.2006, veröffentlicht im Amtlichen Mitteilungsblatt Nr. 34/2006 ist mir bekannt.

Berlin, 20.10.2011

Theresa Unger